



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO															
MSP		001414	Hospital Basico De Flavio Alfaro - San Andres		HB	1312374364																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Moreira		Cedeño		Karina		Mercedes		M	12-02-1986	40	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X				
H	D	M	A																				
			X																				
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO																	
0939787584				☒		<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>						☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																					
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																					
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																					
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.																			
				2. Falta de espacio físico.																			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.																			
13	1305	130550		4. Equipos en mal estado.																			
				5. Problemas de infraestructura.																			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova		Consulta Externa		Ginecologia	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD ECUATORIANA - S ECUNDIGES TA NULIPARA- ORIENTADA EN TIEMPO Y ES PACIO QUE CONS ULTA PORCONTROL PRENATAL CUARTO EN ES TA CAS A DE S ALUD - MENARQUIA 12 AÑOS - ALERGIAS NO REFIERE - APP NO REFIERE - APF MADREDIABETICA (FALLECIDA) - G:1 P: 0 AB: 0 C:1 - FECHA DE LA ULTIMA MENS TRUACION 04-08-2025 - FECHA PROBABLE DE PARTO 11-05-2025 - AL MOMENTO DE LA CONS ULTA REFIERE ES TAR TRANQUILA S IN PRES ENTAR S EÑALES DE PELIGRO . MANIFIES TA QUE ES TATOMANDO MEDICACION PRES CRITA POR GINECOLOGO POR PRES ENTAR INFECCION DE VIAS URINARIAS .

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ACIDO FOLICO S ERICO E INTRAERITROCITARIO: HEMATOLOGIA P IABETES TLERANC IAO GLUC OSA AR D.M IN ENTE D.M.NO IN DEPENDIENTED.M. GESTA LEUC OC ITOS: HEMOGRAMA AUTOMATIZADO 8.56 NEUTROFILOS ABSOLUTOS: 5.68 LINFOC ITOS ABSOLUTOS: 2.44 MONOC ITOSABSOLUTOS: 0.32 EOSINÓFILOS ABSOLUTOS: 0. 10 BASÓFILOS ABSOLUTOS: 0.020 NEUTROFILOS%: 66.3 LINFOC ITOS % 28.5 MONOC ITOS % 3.7EOSINOFILOS %: 1.2 BASOFILOS % . 0.3 REC UENTO DE HEMATIES: 3.74 HEMOGLOBINA: 12.70 HEMATOC RITO: 38.20 VOLUMEN CORPUSC ULARMEDIO: 102.2 HB CORPUSC ULAR MEDIA: 33.90 CONC ENT. HB CORPUSC ULAR MEDIA: 33.10 ANC HO DE DISTRIBUC IÓN DE G.R. S .D.: 51.1 ANC HODE DISTRIBUC IÓN DE G.R. S .V. %: 13.7 PLAQUETAS: 371 8.00 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO: 4.0 - 12.0 PAP COL X 103/UL X 103/UL 2.00 -8.00 X 103/UL 1.07 - 3.94 X 10%/UL MENOR A2.00 X 103/UL 0.02 - 0.50 X 103/UL MENOR A 0.100 55.0 - 65.0 % 20.0 - 45.0 2.0- 8.0 MENORA3.0 MENOR A1.0 X10^6/UL 3.50 - 5.00 G/DT 12.00 " 15.40 - 45.00 35.00 % 80. 0 98.0 FL PG 27.00 32.00 G/DT 30.00 35.00 35.0 55.0 FL11.5 - 14.5 % X103/UL FL 150 - 8.00 450 14.00 SC OVHO ALUR UTEROTÓNIC CUALLES BASADO ACIDO LACTICO: QUÍMICA CLÍNICA FERELGUC OSA BASAL: Método: ENZ IMÁTIC A-C OTORIMÉTRIC A MG/DL GLUC OSA 2 HORAS Método: ENZ IMATIC A-C OLORIMÉTRIC A MG/DL A 150.00 UREA:Método: ENZ IMATIC A-C OLORIMÉTRIC A * 10.00 MG/DL 16.60 - NITROGENO UREIC O: Método: ENZ IMATIC A-C OLORIMÉTRIC A 4.67 MG/DL 7.00CREATININA Método: ENZ IMÁTIC A-C OLORIMÉTRIC A MG/DL 0.50 - 1.20 COLESTEROL TOTAL: Método: ENZ INATIC A-C OLORIMÉTITA *K 260.00 MG/DLTRIGLIC ÉRIDOS: Método: ENZ IMATIC A-C OLORIMÉTRIC A S UERO LIPENIC O (++) . * 463.00 MG/DL TGO / AS T: Método: ENZ IMATIC A-C OLORIMÉTRIC A13.00 15.00 TGP/ALT: IéTODO: ENZ IMATIC A C OLANIMÉTRIC E (%) RESULTADOS VERIFIC ADOS U/L 94.00 L 70.00 - 100.00 114.00 MENOR UBLIC AEC UADO O DE S ALUD ES TABLECIN 135A 48.50 20.00 EVOLUC ECHA MES (/ANO) 0.41 70.00 200.00 1120 25 HASTA 150.00 UL MENOR A40.00 MENOR A 34.06 CLINITES T EN ORINA: UROANALIS IS CUALES BASADO EN DENSIDAD: 1010 PH: 6.5 LEUC OC ITOS: POSITIVO NITRITOS:NEGATIVO PROTEINAS: NEGATIVO GLUC OSA: NEGATIVO MG/DL CUERPOS C ETÓNIC OS: UROBILINÓGENO: NEGATIVO MG/DL NEGATIVO BILIRRUBINA:NEGATIVO S ANGRE: NEGATIVO S EDIMENDO URINARIO CÉLULAS EPITELIALES: 10 -12 PIOC ITOS: 8-10 CAMPO /C AMPO HEMATIES: 1-3 BAC TERIAS:(+++)- NO: PARTO OA EXECUCN LEMBT LERIN CARNé /CAMPO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Atencion Materna Por Cicatriz Uterina Debida A Cirugia Previa		O342		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-26	09:15				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA			SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA			SI	NO	

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐**A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA**

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICOPRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	