

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| RUIZ             | ROLDAN           | MARIA FERNANDA | 01                  | 11  | 2001 | 24 años, 4 meses, 24 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                           | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|-------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1350580617        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CDLA 6 DE DICIEMBRE y PRIMERA ETAPA | 097-874-9022 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria        | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| MSP                 | 1350580617      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                           | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|---------------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia | 2026  | 03  | 25  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad              | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad  
resolutiva

☐

Saturación capacidad  
instalada

☐

Ausencia temporal del  
profesional

☒

Otros/especifique:

☐

Falta de profesional

☐

3. Resumen del cuadro clínico

paciente de 36.1 con colambre en extremidades inferiores y con dolor púbico que en ecografía tiene posición transversa... niega alteración agregada...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: paciente con ecografía transversa el 12 3 26 mas latidos 139 placenta anterior grado 2 ila 15 peso fetal 2264 despues todo dentro del parametro.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                              |  | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------|--|--------|-----|-----|
| ATENCION MATERNA POR POSICION FETAL OBLICUA O TRANSVERSA |  | O322   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO       | FIRMA                                                                                                                                                                                          |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-03-25 | 08:30 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40 N119 | <br>Firmado electrónicamente por:<br><b>LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE</b><br>Validar únicamente con FirmaEC |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo | Servicio | Especialidad |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------|----------|--------------|
|                     |                 |                          |      |          |              |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |      |               | Fecha |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|------|---------------|-------|-----|-----|
|                                       |                          |      | /             |       |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud | Tipo | Distrito/Area | día   | mes | año |

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO       | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|--------------|-------|
| 2026-03-25 | 08:30 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40 N119 |       |

