

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	CEDEÑO	MARYURY YAHAIRA	14	01	1989	36 años, 11 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0923122048	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA	093-945-2880 /
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	0923122048	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	01	05
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

GESTABTE MULTIGESTA PRIMIPARA PRIMER CONTROL DE EMBARAZO REFIERE ANTECEDENTE DE CESAREA PROGRAMADA HACE 2 AÑOS Y MEDIO , FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION 08/10/2025, AL MOMENTO CURSA 12,5 POR FUM Y 12,3 POR ECO TEMPRANA REFIERE CONTROLES CON MEDICO PARTICULAR DE SU EMBARAZO ACTUAL POR LO CUAL TOMA PRENAVIT, GES LUTIN POR SANGRADO TRANVAGINAL, EL CUAL CEDIO CON MEDICACION, AL MOMENTO REFIERE DOLOR Y SANGRADO A CEDIDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 12.8, PLAQ 321.000, PRUEBAS ESPECIALES: TEST DE EMBARAZO POSITIVO ULTRASONIDO: ECO TRANVAGINAL 5,25G, SE REFIERE POR RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO 8 PUNTOS, (ANTECEDENTE DE PRECLAMPSIA ENPRIMER EMBARAZO, ULTIMO PARTO HACE 2 AÑOS Y MEDIO, IMC > 30, EDAD MATERNA 36 AÑOS)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-05	08:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA