

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CEDEÑO	MARIA MAGDALENA	09	09	1987	38 años, 4 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0928788207	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	LAS LAJAS y SN	093-989-4133 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	0928788207	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	01	29
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 GESTANTE DE 38 AÑOS, ACUDE A SEGUNDO CONTROL PRENATAL. CURSANDO EMBARAZO DE 11.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN (08/11/2025) (NO CONFIABLE), FECHA PROBABLE DE PARTO: 15/08/2026, RIESGO OBSTETRICO: RIESGO ALTO 6 PUNTOS . SCORE MAMA: 2 . AL MOMENTO ESTABLE, AFEBRIL, ASINTOMÁTICA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, NIEGA CEFALEA, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA SANGRADO, NIEGA PERDIDA DE LÍQUIDO. NIEGA ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGÍA. DATOS DE DOMICILIO: LUGAR DE REFERENCIA, SITIO LAS LAJAS VIA MAS CARA, AL FRENTE DE LA CAPILLA SAN PABLO. NUMERO TELEFONICO: 0939894133 DATOS DE CONTACTO: MAYRA MORA HIJA 0983029403
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SE EVIDENCIA HEMATOMA RETROCORIAL CON DESPRENDIMIENTO DEL 5%, EMABARAZO DE 12 SEMANAS 1 DIA POR CRL Y SG. SE EDIENCIA EMBRION FCF 166LPM. CERVICOMETRIA SIN STRESS 4.14 CM, CON ESTRESS 3.52 DIAGNOSTICO: EMBARAZO DE 12 SEMANAS 1 DIA X US, AMENAZA DE ABORTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMENAZA DE ABORTO	O200	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-29	08:45	Medicina Rural	JEAN CARLOS LOOR CHICA	1313627729	

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
2026-01-29	08:45	Medicina Rural	JEAN CARLOS LOOR CHICA	1313627729	

