

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| QUIIJE           | PINTO            | NATHALY CRISTINA | 18                  | 06  | 1999 | 27 años, 1 meses, 17 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 0942313370        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | LA PRIMICIA y LA PRIMICIA    | 099-780-6180 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón  | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud                           | Tipo                                                 | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| MSP                 | 0942313370      | CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D12 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2026  | 08  | 04  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PRIMIGESTA FEMENINA DE 27 AÑOS DE EDAD APP: HIPERTIROIDISMO DESDE HACE 3 AÑOS EN TRATAMIENTO CON TAPAZOL 5MG (15MG EN EL DESAYUNO-15MG EN EL ALMUERZO Y 20MG EN LA MERIENDA)- AQX: EXCERESIS DE LIPOMA (HACE 2 AÑOS)- APF: HIPOTIROIDISMO (ABUELOS MATERNOS)- ALERGIAS: NO REFIERE AGO: G0 P0 C0 A0- QUE ACUDE A TERCER CONTROL PRENATAL CON 22. SG POR FUM. 26/02/2026 Y ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE (13/05/2026) FPP: 04/12/2026. REFIERE HIPEREMESIS GRAVIDICA... AL EX. FISICO. SE OBSERVA CUELLO AUMENTADO DE VOLUMEN, MUCOSAS NORMOCROMICAS AR: MV NORMAL. ACV:RsCs TAQUIARRITMICOS... FC: 105LxMIT. MI CON LEVE EDEMA G°I-II EN MI. TA: 130/80mmHg. SCORE MAMA: ( 1 ). Ex. OBSTETRICO: MF+, AU: 20cm ( SIGNO DE MENOS ) . FCF: 150 Lat x Mit. EX. GINECOLOGICO NO EXPLORADO PERO FERIERE LEUCORREA... SE INDICA TRATAMieto... EN Ex.- DE LAB: I TRIMESTRE NORMALES... AL RASTREO ECOGRAFICO: SE CONSTATA FETO UNICO VIVO DE SEXO FEMENINO, CON BUENA VITALIDAD POR MOVIMIENTOS ACTIVOS Y FCF: 150 Lat x Mit.- Y DE 22 .6 SG POR BIOMETRIA FETAL, LLAMA LA ATENCIÓN O IMPRESIONA CARDIOMEGALIA FETAL... A/D. PRESENTACIÓN PODALICA Y PLACENTA POSTERIOR DE INSERCIÓN BAJA MARGINAL.. G\* I.- ILA: NORMAL. POR LA TAQUICARDIA SE SUGIERE METAPROLOL DOSIS MINIMA... Y YA TIENE TURNO CON ENDOCRINOLOGIA EL 20/08/26.- TAMBIEN SE REFIERE A GINECOLOGIA PARA ECOGRAFIA CARDIOFETAL...TAMBIEN SE OBSERVA GLANDULA TIROIDES AUMENTADA DE VOLUMEN CON HIPERVASCULARIZACIÓN AL COLOR DOPPLER... SIN NODULOS VISIBLES TIRADS.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: AL RASTREO ECOGRAFICO: SE CONSTATA FETO UNICO VIVO DE SEXO FEMENINO, CON BUENA VITALIDAD POR MOVIMIENTOS ACTIVOS Y FCF: 150 Lat x Mit.- Y DE 22 .6 SG POR BIOMETRIA FETAL, LLAMA LA ATENCIÓN O IMPRESIONA CARDIOMEGALIA FETAL... A/D. PRESENTACIÓN PODALICA Y PLACENTA POSTERIOR DE INSERCIÓN BAJA MARGINAL... G\* I.- ILA: NORMAL. POR LA TAQUICARDIA SE SUGIERE METAPROLOL DOSIS MINIMA... Y YA TIENE TURNO CON ENDOCRINOLOGIA EL 20/08/26.- TAMBIEN SE REFIERE A GINECOLOGIA PARA ECOGRAFIA CARDIOFETAL...

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HALLAZGO ULTRASONICO ANORMAL EN EL EXAMEN PRENATAL DE LA MADRE | O283   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-08-04 | 13:46 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO | 81     |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-08-04 | 13:46 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO | 81     |       |