

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	GRIJALVA	DAYANNA JAMILETH	12	07	2007	18 años, 11 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	0944036656	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	POTRERILLO y PRINCIPAL	098-658-8800 /
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	0944036656	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	06	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

GESTANTE PRIMIGESTA NULIPARA CURSA CON EMBARAZO DE 33.6SEMANAS DE GESTACION POR ECOGRAFIA, FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION 05/11/2026 NO CPONFIABLE, , AL MOMENTO NIEGA SANGRADO, NO DOLOR , NO PERIDA D ELIQUIDO TRAE ECOGRAFIA Y EXAMENES PARA REVISION, REFIERE HACE 2 DIAS ACUDIO A URGENCIAS POR PRESENTAR DOLOR EN REGION PELVICA, POR LO CUAL ENVIARON TRATAMIENTO MEDICO CON CEFALEXIINA 500MG C/8H POR 7 DIAS, LLEVA 2 DIAS CON TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 11.1, PLAQ 298, TGO 62, TGP 65.3 ULTRASONIDO: EMBARAZO UNIOC, , FCF 124LPMIN, PRSENTACION PELVIANA, , DBP 75.9MM, PESO FETAL 1639GR, DE 30,3 SEMANAS DE GESTACION, FPP 27/08/2026PLACENTA INSERCIÓN ANTERIOR GRADO2, ILA 13.9CM, NO SE OBSERVA AREAS DE DESPRENDIMIENTO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-29	11:40	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
2026-06-29	11:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	