

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LINO	HUAYAMABE	SARA ELOISA	05	09	1995	30 años, 2 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0955998034	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y	096-853-1220 / (99)-999-9999
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	0955998034	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	11	05
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 NULÍPARA DE 30 AÑOS QUE CURSA GESTACIÓN DE 5.4 SEMANAS ACUDE A CONSULTA POR PRIMER CONTROL PRENATAL; ACOMPAÑADA DE SUS HIJOS. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, NO RASH, NO FIEBRE, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, SANGRADO VAGINAL: NO REFIERE, ACTIVIDAD UTERINA; NO. EDEMA: NO; AL MOMENTO REFIERE PERSISTENCIA DE Náuseas de tipo matutino, presenta leucorrea de características fisiológicas: fluida, blanquecina, con mal olor, menciona cefalea de intensidad leve no asociada a fosfenos, acúfenos ni escotomas. NO REFIERE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PREVIA NI SÍNTOMAS DE ALARMA. Tensión arterial dentro de límites normales NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE ALARMA OBSTÉTRICA AL MOMENTO (TINNITUS, FOSFENOS, PÉRDIDAS VAGINALES, PARESTESIA, CEFALÉA, ALZA TÉRMICA, ACTIVIDAD UTERINA, FALTA DE MOVIMIENTOS FETALES). SE ENVIA TRATAMIENTO A LA SINTOMATOLOGÍA. SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CUP 3

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-05	11:48	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	095662093	 Becky Elizabeth Avila Rosado 

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
2025-11-05	11:48	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

