

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAREDES	MOREIRA	MARCIA ABIGAIL	10	01	2004	22 años, 5 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	1250934435	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	QUIÑONEZ 3 y	098-032-6402 / (99)-999-9999
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	1250934435	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06	30
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 DE 22 AÑOS DE EDAD ECUATORIANA SECUNDIGESTA NULIPARA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO QUE CONSULTA POR CONTROL PRENATAL CUARTO EN ESTA CASA DE SALUD , MENARQUIA 13 AÑOS , ALERGIAS NO REFIERE , APP NO REFIERE CESARIA HACE 3 AÑOS , APF NO REFIERE , G: 1 P: 0 AB: 0 C: 1 , FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION 19-10-2025 , FECHA PROBABLE DE PARTO 26-07-2026 , AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE MANIFIESTA LEVE DOLOR DE BAJO VIENTRE MAS SECRESION VAGINAL CON 2 DIAS DE EVOLUCION , SIM PRESENTAR SEÑALES DE PELIGRO .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH Grupo Sanguíneo O Factor Rh Negativo Método: Aglutinación Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo Hepatitis C Anticuerpos Totales (HCV) Negativo Método: Inmunocromatografía HIV 1+2 No reactivo

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
2026-06-30	08:59	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	

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
2026-06-30	08:59	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	

