

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MOLINA	ELSA DINELIZ	12	01	1981	44 años, 7 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309675153	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TIGRE y	096-821-7674 /
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	1309675153	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	08	26
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 Gran múltipara de 44 años que cursa gestación de 12.2 semanas acude a consulta por primer control prenatal; acompañada de su esposo. APP: Leucemia (hace 10 años) , APF: Padre hipertenso. Primas con cáncer de mama; Alergias: no refiere; AQ: no refiere. FUM: 1/06/2025 (No confiable); FPP: 8/03/2026 Peso: 84 KG; TALLA: 148 cm, IMC: 38,35. Estado nutricional: OBESIDAD; ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS:7 P:6 C:0 A:1 PIG:25/12/2017; SCORE MAMA; PA: 120/70 mmhg; FC: 93x min, FR: 20x min; STO2 99%; T: 36.6 C. EST CONCIENCIA ALERTA: PROTEINURIA: NO APLICA. TOTAL, SCORE MAMA:0. RIESGO OBSTETRICO IDENTIFICADO: OBESIDAD IMC > 30: 3PTO + EDAD: MAYOR O IGUAL 40: 2 PTOS + GRAN MULTIPARA (4 GESTAS O MAS): 1 PTO + PERIODO INTERGENESICO > 5 AÑOS: 1 PTO + HEMORRAGIA PRIMERA MITAD DEL EMB: 2 PTO + ANTECEDENTE DE ABORTO: 1 PTO. + Rh NEGATIVA SENSIBILIZADA: 3 PTO PONDERACION: 11 RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RH NEGATIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR ISOINMUNIZACION RHESUS	O360	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-26	11:14	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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
2025-08-26	11:14	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

