

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	CHAVEZ	MABEL NATALY	08	07	1990	35 años, 4 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310676521	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CARLOS CANCHA y CALLEJON CIEGO	098-969-3455 /
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	1310676521	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	11	27	
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

Usuaría tercigesta con un parto y cesarea anterior hace 4 años por placenta previa, RH Negativo, con antecedentes de calculos renales, acude a control prenatal, cursa con embarazo de 27,4 semanas por eco grafía, al examen obstétrico altura uterina 27 cc, feto único presentación cefálica, situación longitudinal, dorso izquierdo, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , proteína en orina no se realiza por no contar con tirilla, indica que tiene exámenes de orina pero no trajo el resultado, se explica importancia del mismo, Score mama 0 , movimientos fetales presentes , al examen físico en extremidades no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso inadecuado por exceso, riesgo obstetrico alto categoría 3 por cesarea anterior e isoinmunizacuo, RH ya que indica que no se aplico gammaglobulina despues del ultimo parto , tamizaje de violencia negativo, se refiere a segundo nivel, se solicita test de coombs indirecto, control en un mes,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

se solicita test de coombs

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PESQUISA PRENATAL PARA ISOINMUNIZACION	Z365		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-27	14:53	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	 Firmado electrónicamente por: JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-27	14:53	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

