

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DEL VALLE	ZAMBRANO	MARIA MARISOL	03	05	1988	37 años, 9 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310778814	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VARGAS PASSOS y	098-047-2556 /
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	
MSP	1310778814	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	
			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	02	09
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 ACUDE A CONTROL DE EMBARAZO DE 17,4 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM: 09/10/205 SACADO POR PRIMER ECO: 16/07/2026 - CAPTACION TARDIA EN EL ESTABLECIMIENTO DEBIDO A FALTA DE CITAS POR LO QUE ACUDE A MEDICO PARTICULAR (ADECUADA GANANCIA DE PESO) **** TEMP: 36.6 , PA: 105/70 , FC:95 , FR18 , SPO2: 99, OXIGENOTERAPIA: AIRE AMBIENTE, NIVEL DE CONSCIECNIA: ALERTA, GASTO URINARIO: NO CUANTIFICABLE (SIN SNDA VESICAL) **** SCRE MAMA: 0 ****RIESGO OBSTETRICO:ALTO (GESTANTE AMAYOR, ABORTO >2, P. INTERGENESICO MAYOR A 10 AÑOS, CUP1, OBESIDAD) -REFIERE CEFALEA INTENSA HOLOCRAKEA, ADEMAS DE DOLOR PELVICO TIPO COLICO Y EN CADERAS PERSISTENTE. NO PRESENTA PERDIDA DE LIQUIDO, NO SANGRADO NI SECRECIONES POR VAGINA. ETC AL EXAMEN FISICO,ABDOMEN: GESTANTETE, ABDOMEN DISTENDIDO, SE AUSCULTA FRECUENCIAS CARDIACA FETAL 150 LPM, PRESENTACIÓN INDETERMINADA, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, AL EXAMEN OBSTETRICO, ALTURA UTERINA 22 CM, FETO ÚNICO CEFÁLICO, SITUACIÓN INDETERMINADO, AL EXAMEN GINECOLÓGICO NO HAY PRESENCIA DE LEUCORREA, NO HAY PRESENCIA DE SANGRADO,. // PACIENTE REFIERE QUE HA TENIDO DOS PERDIDAS Y QUE LOS MEDICOS NO LA PUDIERON AYUDAR, PRESENTABAN SANGRADO ABUNDANTES SIEMPRE Y TIPO COLICO, INDICA QUE DESEA REALIZARSE ATENCIONES POR ESTE MEDIO Y POR MEDICO PARTICULAR. // SE HA REALIZADO 3 ECGRAFIAS, LABORATORIOS EXTERNOS DE PRIMER TRIMESTRE, CON RESULTADOS OPTIMOS, SOLO RUBEOLA IGG +. SE REALIZAN PRUEBAS DE SEGUNDO TRIMESTRE RAPIDAS CON CONSENTIMIENTO DE LA PACIENTE. RESULTADOS NEGATIVOS. SE ENVIA MEDIACION DE PREVENCION DE PREECLAMPSIA: POR IMC > 25 Y PERIODO INTERGENESICO MAYOR A 10. // SE ENVIA MEDICACION: CARBONATO DE CALCIO 1.5 MG COMP #30, VO, QD A LAS 8AM, ACIDO ACETIL SALISILICO 100 MG COMP #30 VO, QD A LAS 19H, HIERRO MAS ACIDDO FOLICO, SE REALIZAN IC A ODNTOLOGIA, NUTRICION Y PSICOLOGIA CLINICO, MED FAMILIAR Y COMUNITARIA. SE INDICA SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 13.8 HCT 42.4 PLAT 344000 WBC 9.91 NEUT 67.29 EOS 3.5 LINF 26.27 OTROS ANALISIS: GLUCOSA 77 TP 11.9 TTP 25.20 PROGESTERONA 18.40 PRUEBAS ESPECIALES: HCG CUANTITATIVO: 7.314 PRUEBAS ESPECIALES: VDRL NO REACTIVO, HEPB NEGATIVO, HEPc NEGATIVO, PRUEBA HIV: NO REACTIV, RUBEOLA IGM: 0.28 RUBEOLA IGG 17.4*** TXOPLASMA IGM 0.3 TOXOPLASMA IGG 1.10 TOMOGRAFIA: EG: 9.5 SG //// CRL: 2.59 CM ULTRASONIDO: EMB 13.1 SG ///// PS 22.58, ED 2.64 PI 2.23 RI 0.88 MD 2.36 FC 161 LPM EMO (UROANALISIS DE RUTINA): CEL EPITELIALES 8-14, LEUCOCITOS 2-3, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCSA, URBILINOGENO, BILIRUBINA, NITRITOS, HEMGLOBINA, SANGRE, LEUCOCITOS: NEGATIVO TOMOGRAFIA: SACO GESTACIONAL, PRESENCIA DE LIQUIDO CANTIDAD NORMAL, PRESENCIA DE EMBRIN DENTRO DE SACO ///// EMB 6.0 SG

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-09	10:49	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-02-09	10:49	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	