

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	QUISPE	ERIKA MARITZA	26	02	1987	38 años, 7 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	1310889926	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO	095-985-2424
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	1311828469	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Glnecologia	2025	10	08
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/especifica:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

CONTROL PRENATAL, PRESENTA 26 SEMANAS DE GESTACIÓN. AL MOMENTO REFIERE ESTAR CON DOLOR EN REGION DE CADERA EL CUAL SE IRRADIA HACIA REGION LUMBAR, ADEMAS REFIERE PRESENTAR LEUCORREA BLANQUESA, NO PRESENTA PRURITO, NO TIENE MAL OLOR, NI EDEMA EN ZONA INTIMA, NO SANGRADO TRANSVAGINAL, NO PERDIDA DE LIQUIDO. SCORE MAMA 00, RIESGO OBSTETRICO ALTO (4 PUNTOS POR EDAD MATERNA Y ANTECEDENTE DE PRECLAMPSIA), GANANCIA DE PESO ADECUADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FETO UNICO VIVO, SITUACION TRANSVERSAL, FCF 150 LPMIN, PESO FETAL 536GR, ILA ADECUADO, INDICE DE RESISTECIA 0,81, DE DOPPLER ARTERIA UMBILICAL, HUESO NSAL NORMAL, EMBARAZO DE 22,4 SG, SEXO FEMENINO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-08	09:32	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	13501909	 Dana Milena Moreira Velasquez Time Stamping Security Data

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