

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	ZAMBRANO	ROSA NATALY	02	06	1988	37 años, 10 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310920853	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE PRINCIPAL y	096-992-6898 /
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	1310920853	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	04	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 femenina de 37 años - acude a control prenatal, cursa con embarazo de 23 semanas por eco: al examen obstetrico altura uterina 18cm feto único presentación podalico 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 hay , Score mama 0, movimientos fetales presentes , no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso adecuada riesgo obstetrico alto por edad - patologia cardiaca sin especificar que ocasionaba taquicardia por la cual le realizaron cauterizacion cardiaca el 3 / 3/ 25

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: feto unico vivo -presentacion sentado - peso 481 gramos - fcf 154 - sexo femenino - no se observa circular de cordon umbilical en nuca fetal - embarazo de 20 semanas -

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE PRIMIGESTA AÑOSA	Z355		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-09	09:41	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	



Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA MONTES

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 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
2026-04-09	09:41	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	