

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MOREIRA	MAYRA DOLORES	18	07	1984	41 años, 10 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310948250	MANABI	CHONE	SANTA RITA	JULIO ANDRADE y	098-957-7070 / (09)-895-7707
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	1310948250	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06	04
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 semanas de24.3 semanas gestación por fecha de ultima menstruacion, paciente refiere rinorrea hace 3 dias, no signos de alarma, no perdida de liquido, no sangrado.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: toxoplasma 0.9 OTROS ANALISIS: PRUEBAS RAPIDAS: HIV NO REACTIVO VDRL NO REACTIVO CHAGAS NEGATIVA HEPATITIS B NEGATIVA HEPATITIS C NEGATIVA OTROS ANALISIS: HCG POSITIVA BIOMETRIA HEMATICA: Hemoglobina 12.4 Hematocrito 35.8 Plaquetas 419 GLUCOSA: glucosa 71 ULTRASONIDO: ecografia particular reporta feto único vivo cefálico, placenta inserción baja grado I, DBP 2.44Cm, FCF: 156 LCC 8.24CM, Embarazo 14.1 semanas

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
2026-06-04	09:15	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

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
2026-06-04	09:15	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	