

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAILON	SACA	MARIA FERNANDA	15	08	1989	35 años, 3 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	1311444846	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS RAIDISTA y	096-946-3610 / (99)-999-9999
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	1311444846	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		2024	11	21
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 cesareada anterior hace 10 años por placenta previa y 2 abortos, acude a control prenatal, cursa con embarazo de 31 semanas por FUM: 18/04/2024, al examen obstetrico altura uterina 31cc, FCF 145xm, feto único presentación podálico, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay movimientos de sangrado, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , proteína en orina negativo , Score mama 1, movimientos fetales presentes, no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso riesgo obstetrico alto, estuvo una semana ingresada en el hospital por sangrado y dolor en hipogastrio, refiere que esta tomando nifedipina cada 8h de 10 mg desde el 11/11/2024 del alta, se refiere a segundo nivel, se envía reposo absoluto y continuar con la medicación.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

dolor en hipogastrio

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-21	12:13	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

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
2024-11-21	12:13	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

