

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	VERA	JESSICA JENIFFER	22	05	1997	29 años, 0 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311537748	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	PASO LATERAL y PASO LATERAL	096-900-0053 /
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	1311537748	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06	17
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

SECUNDIGESTA 28 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU 4to CONTROL PRENATAL A ESTA UNIDAD, FUM: 31/01/2026, FPP: 07/11/2026, CURSA 19.4 SEMANAS POR FUM SI CONFIABLE, EMBARAZO NO PLANIFICADO, ACUDE CON ECOGRAFIA REALIZADA EL 7 DE MAYO CON 14.2 SG (20.1) AL MOMENTO POR ECO, NO TOMO ANTICONCEPTIVO, APP: DE PRE-ECLAMPSIA REFIERE, APF: HIPOTIROIDISMO, HTA, AGO: G1 A0 C1 P0 ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 10 AÑOS, INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 21 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, SE DEDICA AL HOGAR, EN LA ACTUALIDAD SENTIRSE BIEN, NIEGA SANGRADOS, NIEGA SECRESION VAGINAL, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO, REFIERE QUE HACE 2 SEMANAS PRESENTÓ SANGRADO VAGINAL ESCASO MAS DOLOR POR LO QUE ACUDE A EMERGENCIA EN DONDE LE ENVIAN A REPOSAR Y TOMAR GESTULIN, SCORE MAMA: 0, RIESGO OBSTÉTRICO ALTO 6 PUNTOS. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. TELÉFONO 0969000053.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.....

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	10:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-06-17	10:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

