

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANZULES	CEVALLOS	BERLY MARIZOL	29	11	1992	33 años, 4 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312022807	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA SAN RAFAEL y	099-261-2954 /
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	1312022807	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		2026	03	30
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

Usuaría de 33 años, con antecedentes de 2 partos y cesarea en el tercer parto hace 7 años ,acude a control prenatal, cursa con embarazo de 36.1 semanas por eco precoz realizado el 21/09/2025, refiere dolor en hipogastrio irradiado a región lumbar leve a moderada intensidad de una semana de evolución, al examen obstétrico altura uterina 36cc, feto único cefálico, situación longitudinal, dorso derecho,Frecuencia cardíaca fetal 135xm, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, movimientos fetales presentes , Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , gasto urinario no cuantificable, oxigenoterapia, al ambiente, tirilla en orina negativo, Score mama (0) , ganancia de peso, se solicitan exámenes complementarios y ecografía ,previo consentimiento informado e realiza prueba rápida de Sífilis No reactiva, Riesgo Obstetrico bajo , categoría (3) , tamizaje de violencia negativo, consulta de control en 15 días

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo Método: Inmunocromatografía HIV 4ta Generación No reactivo BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos $\hat{3}.73\ 10^6/\mu\text{L}$ 4 - 6 Hemoglobina $\hat{1}0.4\ \text{g/dL}$ 13 - 17 Hematocrito $\hat{3}1.7\ \%$ 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) $84.9\ \mu\text{m}^3$ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) $27.9\ \text{pg}$ 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) $32.8\ \text{g/dL}$ 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c $13.4\ \%$ 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs) $42.4\ \mu\text{m}^3$ Plaquetas $\hat{5}72\ 10^3/\mu\text{L}$ 150 - 450 Plaquetocrito $\hat{0}.56\ \%$ 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) $9.7\ \mu\text{m}^3$ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c $11.5\ \%$ 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) $126\ 10^3/\mu\text{L}$ 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) $22.1\ \%$ 18 - 50 Glóbulos Blancos $7.98\ 10^3/\mu\text{L}$ 4 - 10 Linfocitos (%) $27.7\ \%$ 25 - 40 Neutrófilos (%) $62.4\ \%$ 55 - 65 Monocitos (%) $8.3\ \%$ 2 - 10 Eosinófilos (%) $1.2\ \%$ 0.5 - 5 Basófilos (%) $0.4\ \%$ 0 - 2 Linfocitos (#) $2.21\ 10^3/\mu\text{L}$ 1 - 4.4 Neutrofilos (#) $4.98\ 10^3/\mu\text{L}$ 1.6 - 7 Monocitos (#) $0.66\ 10^3/\mu\text{L}$ 0.3 - 1 Eosinófilos (#) $0.1\ 10^3/\mu\text{L}$ 0 - 0.5 GLUCOSA: Glucosa $104.8\ \text{mg/dL}$ 70 - 110 Creatinina $0.62\ \text{mg/dL}$ 0.6 - 1.1 Ácido Úrico $3.69\ \text{mg/dL}$ 2.4 - 6

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-30	09:20	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

Firmado electrónicamente por:
JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A
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 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
2026-03-30	09:20	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	