

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TUAREZ	ZAMBRANO	YAJAIRA KATHERINE	20	05	1986	39 años, 8 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312135476	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	C y C	000-000-0000 /
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	1312135476	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	24
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

SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL A GESTANTE DE 39 AÑOS CURSA CON EMBARAZO DE 15.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM 05/10/2025 Y 15 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECO: REALIZADA EL 14-12-2025 (9.3 SG). AGO: G2 P0 C2 A0. SCORE MAMA: 0 PTOS. POR RIESGO OBSTETRICO DE 3 FACTORES DEL MISMO GRUPO (ANTECEDENTES) (PRECLAMPSIA, PERIODO INTERGENESICO +5 AÑOS, CICATRIZ UTERINA PREVIA) PRESENTA RIESGO OBSTÉTRICO: 3 (BAJO), SIN EMBARGO POR APP DE PRECLAMPSIA EN EMBARAZO ANTERIOR SE CONSIDERA FACTOR DE RIESGO ALTO, SE ENVIÓ TTOO PREVENCIÓN DE PRECLAMPSIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO CON OTRO RIESGO EN LA HISTORIA OBSTETRICA O REPRODUCTIVA	Z352		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-24	19:36	Medicina Rural	LADY ALEJANDRA CALVACHE GUILCASO	0504297581	

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
2026-01-24	19:36	Medicina Rural	LADY ALEJANDRA CALVACHE GUILCASO	0504297581	