

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVIA	ZAMBRANO	KAREN LICETH	02	03	1988	38 años, 3 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312290974	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	POTRERILLO y	096-324-7064 /
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	1312290974	SANTA MARTHA	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	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

GESTANTES MULTIGESTA NULIPARA CURSA CON EMBARAZO DE 26.4 SEMANAS DE GESTACION POR FECHA DE LA ULTIMA MENSSTRUACION 14/12/2025 FECHA PROBABLE DE PARTO 20/09/2026, AL MOMENTO NIEGA SANGRADO, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO, AFEBRIL, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, TRAE EXAMENES PARA REVISION Y ECO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 12.7, PLAQ 339, GLUCOSA 96.3, CR 0.72, CR 0.72, AC URICO 3.04 ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 25,2 SEMANAS DE GESTACION, PLACENTA FUNDICA POSTERIRO , GRADO0, ILA ACORDE A LA EDAD GESTACIONAL, CORODN UMBILICAL 2 ARTERIAS Y 1 VENA. PRESENTCION CEFALICA SIN APARENTE MALFORMACIONES, RELACION CRANEOFACIAL DENTO DE LO NORMAL.

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
2026-06-17	09:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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
2026-06-17	09:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

