

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	CEDEÑO	KARINA MERCEDES	12	02	1986	40 años, 0 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312374364	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO ZAPALLO y SN	093-978-7584 /
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	1312374364	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	02	19
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 DE 39 AÑOS DE EDAD ECUATORIANA , SECUNDIGESTA NULIPARA, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO QUE CONSULTA POR CONTROL PRENATAL CUARTO EN ESTA CASA DE SALUD , MENARQUIA 12 AÑOS , ALERGIAS NO REFIERE , APP NO REFIERE , APF MADRE DIABETICA (FALLECIDA) , G:1 P: 0 AB: 0 C:1 , FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION 04-08-2025 , FECHA PROBABLE DE PARTO 11-05-2025 , AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE ESTAR TRANQUILA SIN PRESENTAR SEÑALES DE PELIGRO . MANIFIESTA QUE ESTA TOMANDO MEDICACION PRESCRITA POR GINECOLOGO POR PRESENTAR INFECCION DE VIAS URINARIAS .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACIDO FOLICO SERICO E INTRAERITROCITARIO: HEMATOLOGIA P IABETES Tleranciaio glucosa ar D.M in ente D.M.no in dependiente D.M. gesta LeUcocitos: HEMOGRAMA AUTOMATIZADO 8.56 Neutrofilos absolutos: 5.68 Linfocitos absolutos: 2.44 Monocitos absolutos: 0.32 Eosinófilos absolutos: 0. 10 Basófilos absolutos: 0.020 Neutrofilos%: 66.3 Linfocitos % 28.5 Monocitos % 3.7 Eosinofilos %: 1.2 Basofilos %. 0.3 Recuento de Hematies: 3.74 Hemoglobina: 12.70 Hematocrito: 38.20 Volumen Corpuscular Medio: 102.2 HB Corpuscular Media: 33.90 Concent. HB Corpuscular Media: 33.10 Ancho de Distribución de G.R. S.D.: 51.1 Ancho de Distribución de G.R. S.V. %: 13.7 Plaquetas: 371 8.00 Volumen Plaquetario medio: 4.0 - 12.0 PAP COL x 103/uL x 103/uL 2.00 - 8.00 X 103/uL 1.07 - 3.94 x 10%/uL Menor a2.00 x 103/uL 0.02 - 0.50 x 103/uL Menor a 0.100 55.0 - 65.0 % 20.0 - 45.0 2.0- 8.0 Menor a3.0 Menor a1.0 x10^6/uL 3.50 - 5.00 g/dt 12.00 " 15.40 - 45.00 35.00 % 80 .0 98.0 fl pg 27.00 32.00 g/dt 30.00 35.00 35.0 55.0 fl 11.5 - 14.5 % X103/uL fl 150 - 8.00 450 14.00 scoVHO Alur Uterotónic Cuailes Basado ACIDO LACTICO: QUÍMICA CLÍNICA fere Glucosa Basal: Método: Enzimática-cotorimétrica mg/dl Glucosa 2 Horas Método: Enzimatica-colorimétrica mg/dl a 150.00 Urea: Método: Enzimatica-colorimétrica * 10.00 mg/dL 16.60 - Nitrogeno Ureico: Método: Enzimatica-colorimétrica 4.67 mg/dl 7.00 Creatinina Método: Enzimática-colorimétrica mg/dL 0.50 - 1.20 Colesterol Total: Método: Enzinatica-colorimétita *k 260.00 mg/dl Triglicéridos: Método: Enzimatica-colorimétrica Suero lipenico (++) . * 463.00 mg/dl TGO / AST: Método: Enzimatica-colorimétrica 13.00 15.00 TGP/ALT: létodo; Enzimatica colanimétrice (%) Resultados verificados U/L 94.00 L 70.00 - 100.00 114.00 Menor ublica Ecuado o de Salud ESTABLECIN 135A 48.50 20.00 EVOLUC ECHA MES/ANO) 0.41 70.00 200.00 1120 25 Hasta 150.00 UL Menor a 40.00 Menor a 34.06 CLINITEST EN ORINA: UROANALISIS Cuailes Basado en Densidad: 1010 Ph: 6.5 Leucocitos: Positivo Nitritos: Negativo Proteinas: Negativo Glucosa: Negativo mg/dL Cuerpos cetónicos: Urobilinógeno: Negativo mg/dL Negativo Bilirrubina: Negativo Sangre: Negativo SEDIMENTO URINARIO Células epiteliales: 10 -12 Piocitos: 8-10 Campo /campo Hematies: 1-3 Bacterias: (+++), NO: PARTO OA ExeCuCn Lembt Lerin CARNÉ /Campo

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-19	10:55	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	

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
2026-02-19	10:55	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	