

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORDÓÑEZ	AVEIGA	CECILIA ELIZABETH	05	02	1985	41 años, 0 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312470196	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA DOLOROSA y SN	093-986-3959 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1312470196	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	03	02
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 41 AÑOS DE EDAD ECUATORIANA , REFERIDA DEL C.S , SECUNDIGESTA NULIPARA, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO QUE CONSULTA POR CONTROL PRENATAL PRIMER EN ESTA CASA DE SALUD , MENARQUIA 12 AÑOS , ALERGIAS NO REFIERE , APP NO REFIERE , APF HERMANA PREECLAMIA , G:1 P: 0AB: 0 C: 1 , , FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION 23-06-2025 , FECHA PROBABLE DE PARTO 30-03-2026 , AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE ESTAR CON LEVE DOLOR DE BAJO VIENTRE QUE DESAPARECE AL DESCANSO .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACIDO LACTICO: Examen Resultado Unidad Rangos Ref. 2.BIOQUIMICA SANGUINEA Glucosa 92 mg/dL 70 - 110 DÍMERO D: 4hemostasia Examen Resultado Unidad Rangos Ref. 4.HEMOSTASIA TP 13.5 seg 11.0 - 14 seg Indice INR 1.03 1.0 TPT 36.4 seg 28 - 38 seg Tiempo de Coagulación 6 MIN 3 - 7 min/seg Usuario Val

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
2026-03-02	08:14	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
2026-03-02	08:14	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	

