

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	MUÑOZ	NELLY CECIBEL	15	11	1990	35 años, 1 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312492216	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CARLOS CONCHA y	097-879-3245 /
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	1312492216	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	01	12
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 35 años, con antecedentes de obesidad primigesta añosa, acude a control prenatal, cursa con embarazo de 33 semanas de gestación por Fecha de ultima menstruación 26/05/2025, estable, afebril al momento. Al examen físico paciente orientada en tiempo y espacio; Cabeza: normocefalo, no rash, no fiebre no conjuntivitis , Conjuntivas:normal , Cuello: Tiroides:Visible sin adenopatías;Tórax: Mamas: Pezones Formados; Abdomen: gestante aumentado de tamaño compatible con edad gestacional, al examen obstétrico altura uterina 33cc, feto único cefálico, situación longitudinal, dorso derecho, Frecuencia cardiaca fetal 135xm , al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, movimientos fetales presentes , Extremidades: Inferiores edemas +, no várices , gasto urinario no cuantificable, oxigenoterapia, aire ambiente, Score mama (0) , ganancia adecuada de peso, se solicitan exámenes complementarios ecografía e Medicina familiar, tamizaje de violencia negativo, Riesgo Obstetrico altop, categoría (4), tamizaje de violencia negativo, se refiere a segundo nivel, consulta de control en un mes en esta unidad.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ninguno

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE PRIMIGESTA AÑOSA	Z355		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-12	08:09	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 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
2026-01-12	08:09	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

