

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	CORNEJO	LOURDES DANIELA	07	04	1994	30 años, 11 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312581398	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SANTA MARTHA y	098-045-5340 /
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	1312581398	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	03	18
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

GESTANTE SECUDIGESTA NULIPARA CESAREA ANTERIOR(HACE 13 AÑOS) ANTECEDENTE DE HIPOTIROIDISMO REFIERE TOMA LEVOTIROXINA 100MG TRAE EX ECORAFIA 15/3/2025: PRODUCTO UNICO VIVO, SEXO FEMENINO, PESO 1325GR, FPP6/6/2025, REFIERE QUE TOMA GESTAVIT UNA DIARIA, CALCIO 1500MG MEDIO DIA, ECLAMP 100MG. REFIERE AL MOMENTO LESIONES DERMICAS EN AREA DE MUSLO Y MIEMBROS INFERIORES PARA LO CUAL SE BAÑA CON JABON DE GLICERINA.REFIERE ALERGIA AL HIERRO SIN EMBARGO HA RETOMADO, PERO NO HA PRESENTADO CUADRO ALERGICO DESDE SU INGESTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SCORE MAMA 2, RIESGO OBSTETRICO ALTO, TAQUICARDIAS FRECUENTES VALORACIO POR ESPECIALIDAD
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA	R000		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-18	09:01	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