

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LOOR             | LOPEZ            | MARIA AUXILIADORA | 27                  | 06  | 1989 | 36 años, 6 meses, 27 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                                         | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|---------------------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312622598        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | AV CARLOS ALBERTO ARAY y CALLEJON GLORIA FIGUEROA | 096-213-6921 /      |
| 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                 | 1312622598      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Obstetricia  | 2026  | 01  | 23  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                     |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada      | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | PACIENTE CON ALTO RIESGO OBSTÉTRICO |                                     |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 36 AÑOS CON EMBARAZO DE 8.1 SEMANAS POR FUM: 27/11/2025 FPP: 03/09/2026 FUP: 18/07/2022 AGO: G1 C1 - APP: NO REFIERE APF: MADRE DIABÉTICA APQX: CESÁREA ANTERIOR ALERGIAS: NO REFIERE HÁBITOS: NIEGA. PACIENTE ACUDE A SU CONTROL PRENATAL # 1 — CON CATEGORIZACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO ALTO (6) POR EDAD + CUP 1 + OBESIDAD SE REALIZA PRUEBAS DE TAMIZAJES, HIV (NR) - HVC (NR) - HVB (NR)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ENDOCRINOLOGIA: HCG POSITIVO ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 5.6 SEMANAS DE GESTACIÓN REALIZADO EL 6/01/2026 A FECHA DE HOY 8.1 SG.

## 5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------|--------|-----|-----|
| SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO | Z358   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD      | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|-------------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-23 | 13:26 | Obstetricia Rural | YERLIN ISMAEL ZAMBRANO MONCADA | 0956029557 |       |

## 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 |
|------------|-------|-------------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-23 | 13:26 | Obstetricia Rural | YERLIN ISMAEL ZAMBRANO MONCADA | 0956029557 |       |

