

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PIN	TRIVIÑO	FRANCISCA MARGARITA	06	10	1987	38 años, 7 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312714049	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	N y	098-367-1399 /
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	1312714049	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	05	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

5TO CONTROL: PACIENTE EMBARAZADA DE 27.4 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM (18/11/2025) QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO, FPP 25/08/2026, HISTORIA OBSTETRICA: E:3, P: 3 (DISTOCICO: CESÁREA POR PARTO PROLONGADO (2004, 2006 Y 20/08/2022), A: 0. APP:SOBREPESO. MATERNIDAD SATISFECHA, DESEA ESTERILIZACIÓN. REFIERE SENTIRSE MUY BIEN , BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRAMIENTO VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. VACUNACIÓN CONTRA TÉTANOS COMPLETA. SCORE MAMA: 0 RO: 2 PTOS BAJO (CONTROL PRENATAL ANTECEDENTES: 35-39 años: 1 PTO ;FACTORES NUTRICIONALES: SOBREPESO 1 PTO. ***SE ENVIÁ A SU SERVICIO PARA DETERMINAR VIA DE PARTO Y ESTERILIZACIÓN*** /// 00987469742 - 0988065120 ///

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: VIH 1+2 Ag P24: NO REACTIVO, SÍFILIS TOTALES: Negativo, EMO (UROANALISIS DE RUTINA): UROANALISIS: PROTEÍNA: Negativo, GLUCOSA: Negativo. Leu 0-2 xc/; Ert: 0-1xc/; Cel Epi: algunas; Bacterias: ESCASAS; MOCO: escasas. ///ÚTERO GRÁVIDO, AU: 27 cm, PRESENTACIÓN CEFÁLICO DORSAL DERECHO, FCF: 146 LPM. ///

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
2026-05-29	13:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-05-29	13:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

