

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	SABANDO	GENESSIS SALOME	01	06	1999	27 años, 0 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312719873	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	JHON GREY y	096-723-9141 /
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	1312719873	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06	17
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 ☐	PRESENTACION PODALICO

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE NULÍPARA DE 27 AÑOS DE EDAD. GESTANTE DE 30.5 SG SEGÚN FUM CON FPP 21/08/2026 CON FPP 21/08/2026 // ACUDE A CONTROL PRENATAL CON // AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMÁTICA // SE REALIZA ANAMNESIS, REFIERE CRISIS DE MIGRAÑA EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS, ACUDE POR EMERGENCIA A UNIDAD DE SALUD DONDE COLOCAN MEDICACION IV (PARACETAMOL) // NINGÚN SIGNO DE ALARMA OBSTETRICO // ESTADO NUTRICIONAL: PESO NORMAL / SCORE MAMA: 0 RO: 0 PUNTOS = BAJO. TELF: 0967239141

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: FETO ÚNICO VIVO, PRESENTACION PODALICA, FCF 162, BPD: 6.82, OFD 9.35, HC 25.52, AC, 23.34CM, FL 5.27 CM. FL/HC 0.21.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	O268		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	09:17	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-06-17	09:17	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

