

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	ZAMBRANO	EMILY MELINA	24	11	1995	29 años, 1 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	1312853961	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	098-739-3157 /
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	1312853961	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	2025	01	20	
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

PACIENTE CON EMBARAZO DE 31SEMANAS POR FUM, SECUNDIGESTA, TERMINO PRIMER EMBARAZO 4 DE NOVIEMBRE 2020, HOY SE ENCUENTRA SIN NOVEDADES, NO TIENE DOLOR ABDOMINAL, NO LEUCORREA, NO DUSIRUA, NO SANGRADO, MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, TIENE YA CONTROLES ECOGRAFICOS, ES INTERCONSULTADA POR TAQUICARDIA HOY CON 96 FC, NO TIENE DISNEA, NO ORTOPNEA, NO CANSANCO NO EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, PRESION ARTERIAL NORMAL, ES EXPLICA A PACIENTE LA FRECUENCIA CARDIACA ES VARIANTE NORMALE MIENTRAS EXISTA HEMODINAKIA CONSERVADA SIN SUFRIMIENTO FETAL, POR LO TANTO SE CATALOGO COMO VARIANTE NORMAL, SE REALIZA REFERENCIA A EL HOSPITAL PARA PROGRAMACION DE CESAREA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GESTACION CON TAQUICARDIA FETAL ,PACIENTE YA PADECE DE TAQUICARDIA ANTES DE EMBARAZARCE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	Z349		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-20	08:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	

Firmado electrónicamente por:
ALBERTO JOSE
ZAMBRANO ALCIVAR

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
2025-01-20	08:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	