

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	CEDEÑO	MARIA LISSETTE	14	11	1995	30 años, 8 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313136481	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MERCEDES y RAYMUNDO AVEIGA	098-774-2775 / (99)-999-9999
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	1313136481	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	07	15
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 FEMENINA DE 30 AÑOS DE EDAD, ACUDE EN PARA SOLICITAR REFERENCIA PARA CARDIOLOGIA, INDICANDO QUE DURANTE LABOR DE PARTO PRESENTO SINDROME DE HELLP POR TROMBOCITOPENIA POR LO QUE ESTUVO EN EL AREA DE UCI POR 5 DIAS. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA 84 DIAS DESPUES DE PROCEDIMIENTO, REFIERE TTO ACTUAL CON NIFEDIPINO 10 MG C8H. REFIERE ENCONTRARSE EN BUEN ESTADO GENERAL, CON ADECUADA RECUPERACIÓN FUNCIONAL, SIN PRESENCIA DE DOLOR ABDOMINAL INTENSO NI SIGNOS DE ALARMA. MANIFIESTA QUE LA HERIDA QUIRÚRGICA HA EVOLUCIONADO DE MANERA FAVORABLE, CON CICATRIZACIÓN PROGRESIVA, SIN SECRECIÓN PURULENTO, SIN ERITEMA MARCADO NI SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL. NIEGA FIEBRE, ESCALOFRÍOS, DISURIA, LOQUIOS FÉTIDOS O ABUNDANTES, ASÍ COMO CUALQUIER SÍNTOMA RESPIRATORIO O GASTROINTESTINAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MANEJO Y SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME HELLP	O142		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-15	15:00	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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
2026-07-15	15:00	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

