

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MANTILLA	VELIZ	LORENA STEFANIA	13	01	1991	35 años, 1 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313220772	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	2 BOCAS y	095-877-9096 /
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	1313220772	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	2026	02	23	
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 ACUDE A CONTROL DE EMBARAZO DE 31.5 SEMANAS DE GESTACIÓN, REFIERE QUE HA PRESENTADO DOLOR ABDOMINAL INTERMITENTE, QUE SE LE ENDURECE EN OCASIONES, ADEMAS DE GASES ABDOMINALES Y BOCA AMARGA, NO SIGNOS DE ALARMA AL MOMENTO, NO PERDIDA DE LIQUIDO, NO SANGRADO NI SECRECIONES POR VAGINA.ETC. PACIENTE CON CICATRIZ UTERINA PREVIA G2P0C2A0, PERIODO INTERGENESICO 11 AÑOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: TGO: 19.21; TGP: 11.11 ULTRASONIDO: UTERO OCUPADO POR FETO UNICO VIVO SEXO FEMENINO, POSICION CEFAILCO DORSO LATERAL DERECHO, CABEZA NORMOCEFALO, CORAZON 4 CAMARAS FCF: 164LPM; ORANOS NORMOCONFIGURADOS, CORDON UMBILICAL 3 VASOS Y 2 ARTERIAL 1 VENA, NO SE EVIDENCIA CIRCULAR DE CORDON, PLACENTA FUNDICA POSTERIOR GRADO II-III DE MADURACION. LIQUIDO AMNIOTICO SUFICIENTE PARA EDAD GESTACIONAL, ILA 10.59CM, PESO 1450G. CONSIDERAR: EMBARAZO DE 30 SEMANAS POR BF, FPP: 21/04/2026

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
2026-02-23	11:42	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA Elaborado electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-02-23	11:42	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

