

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FLECHER	SANCHEZ	DIANA ISABEL	21	06	1990	35 años, 5 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313293712	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARO y CALLE PRINCIPAL	099-043-6343 /
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	1313293712	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4			
Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	11	25
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

GESTANTE SECUNDIGESTA SECUNDIPARA (ULTIMO PARTO POR CESAREA HACE 6 AÑOS) ACUDE A CONTROL PRENATAL CON 31.1 SEMANAS DE GESTACION POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION EL 21/4/2025, AL MOMENTO DE BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, NIEGA SANGRADO, NO DOLOR, NO PERDIDA DE LIQUIDO. RFIERE A VECES CANSANCIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO DE 29.6SG POR BF, POSICION CEFALICO, ILA CONSERVADA, PLACENTA ANTERIOR GRADO I, SEXO MASCULINO, PESO 1378GR, FCF 142LPMIN,, NO CIRCULAR DE CORDON, MOV FETALES VISIBLES, FPP 6/1/2025 RIESGO OBSTETRICO ALTO 5 PUNTOS, SCORE MAMA 0,

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-25	14:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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