

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	VALENCIA	MARTHA ANNABELL	25	04	1992	34 años, 1 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313300046	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	2 CAMINOS y	099-798-8695 /
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	1313300046	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06	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 clinico

MULTIGESTA DE 34 AÑOS, ACTUALMENTE CON 34 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM:22/10/2025 COINCIDE CON ULTIMA ECO, FPP 28/07/2026, HISTORIA OBSTETRICA: E:5, P: 5 (VAGINALES 2006, 2010, 2013, 2018, 11/09/2022), A: 0. APP: OBESIDAD. MANTIENE NECESIDADES FISILOGICAS NORMALES, AL EX. FISICO: MUCOSAS HIPOCROMICAS AR: MV NORMAL, ACV: RsCsRs/S.- MI SIN EDEMA, AL Ex OBSTETRICO: MF+, AU: 342 cm. PRCENTACIÓN CEFALICA. SE INDICA EX. DE TERCER TRIMESTRE Y REFERENCIA A II NIVEL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MULTIGESTA CON PARIDAD SATISFECHA QUE REQUIERE HACERSE LA LIGADURA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	D509		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	14:22	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-06-15	14:22	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	