

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| PINTO            | VERA             | MARIELA JESUS | 26                  | 06  | 1990 | 36 años, 1 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        | 1313443358        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | NA y                         | 098-129-3308 /      |
| 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                 | 1313443358      | 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 - Brigada Médica externa ONG | 2026  | 07  | 30  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                             | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MULTIGESTA MULTIPARA DE 36 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU QUINTO CONTROL PRENATAL A EL MOMENTO CURSA EMBARAZO DE 31 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: 25/12/2025 FECHA PROBABLE PARTO: 1/10/2026, HISTORIA OBSTETRICA: G:5, P:04, A01 PIG: 3 AÑOS, ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE BIEN , BUEN APETITO (5 COMIDAS), ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE, NO LEUCORREA , NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, A FEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO PUNTAJE : 3.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

## 5. Diagnóstico

| Diagnóstico                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------|--------|-----|-----|
| SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL | Z340   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-30 | 11:16 | Medicina General | KAREN DAMARIS LOPERA RODRIGUEZ | 1310488075 |       |

## 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 clínico

### 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 |
|------------|-------|------------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-30 | 11:16 | Medicina General | KAREN DAMARIS LOPERA RODRIGUEZ | 1310488075 |       |

