

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	CEDEÑO	LOURDES MARGARITA	25	02	1998	28 años, 0 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313498030	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BELLAVISTA BAJA y	098-788-2330 /
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	1313498030	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	Gastroenterología		2026	03	05
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 de 28 años de edad cursa embarazo de 25.4 semanas por fecha de ultima menstruación se revisa exámenes de laboratorio hepatitis B p reactivo al momento afebril orientada en tiempo y espacio no sangrado transvaginal ,no cefalea ,no secrecion vaginal. valoracion especializado

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Recuento de Glóbulos Rojos 4.01 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina ¿ 9.1 g/dL 13 - 17 Hematocrito ¿ 29.9 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) ¿ 74.6 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) ¿ 22.7 pg 27 - 31 Plaquetas 427 10³/μL 150 - 450 PRUEBAS ESPECIALES: Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Positivo HIV 4ta Generación No reactivo VDRL No reactivo

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEPATITIS VIRAL QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O984		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-03-05	09:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	

Firmado electrónicamente por:
LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO
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
2026-03-05	09:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	