

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCES	SCHNABEL	PAULA VANESSA	06	03	2003	21 años, 11 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313522268	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA GONZALEZ y	093-965-1425 /
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	1313522268	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	Ginecología y Obstetricia	2025	02	17
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 prenatal, cursa con embarazo de 33.6 semanas de gestación, al examen obstetrico altura uterina 31 cm, feto único presentación cefálico, situación longitudinal, frecuencia cardiaca 145 lpm, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores No edemas actualmente pero refiere que se le suelen edematizar en casa, no várices, proteína en orina negativo , Score mama 1, movimientos fetales presentes , no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso inadecuada por exceso, riesgo obstetrico alto. PACIENTE NO TRAE LIS. Se realiza prueba rápida de VIH no reactivo, malaria negativo y hepatitis C negativo.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON ESCASOS CONTROLES EN EMBARAZO, TRES EN TOTAL, CON EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, CEFALEA, INCOMPATIBILIDAD RH.

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
2025-02-17	09:31	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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