

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SEGOVIA          | ZAMBRANO         | ANGELA MARIANA | 21                  | 12  | 1995 | 30 años, 0 meses, 29 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313544551        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | OLLA VIEJA y X               | 099-805-8290 /      |
| 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                 | 1313544551      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Endocrinología |  | 2026  | 01  | 19  |
| 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 FEMENINA DE 30 AÑOS, NACIDA EN CHONE CANUTO, RESIDENTE VÍA TARUGO (PRIMERA CASA A MANO DERECHA ANTES DE UN PUENTE; EN EL PATIO HAY UNA CRUZ), AUTOIDENTIFICACIÓN MONTUBIA, AMA DE CASA, TEL. 0998058290. CURSA EMBARAZO DE 14.6 SG POR FUM 09/10/2025 (FPP 16/07/2026); ECO 06/12/2025 (8,3 SG) EXTRAPOLADA A 14.6 SG (FPP 15/07/2026) PACIENTE A LA CONSULTA ACTUALMENTE ESTABLE MENCIONA QUE HA ESTADO CON PEQUEÑAS NAUSEAS MATUTINAS SIN VOMITO , SIN DOLOR PÉLVICO INTENSO NI SANGRADO; NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS/DIGESTIVOS/URINARIOS/NEUROLÓGICOS Y SEÑALES DE PELIGRO. APP: PREECLAMPSIA , HIPOTIROIDISMO , IMC >30 (OBESIDAD); ALERGIAS NO REFIERE; AF: ABUELOS CON HTA; G:1 P:1 C:0 A:0; TAMIZAJE RESPIRATORIO NEGATIVO Y VIOLENCIA DE GÉNERO NEGATIVO. EXAMEN FÍSICO: ; CABEZA/CUELLO SIN HALLAZGOS; TÓRAX CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO Y RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS; ABDOMEN BLANDO, (ÚTERO INTRAPÉLVICO) FRECUENCIA CARDIACA FETAL : NO VALORABLE ; EXTREMIDADES SIN EDEMA; PROTEINURIA N/C. TA: 120/60 FC : 100. SCORE MAMA :CERO , RIESGO OBSTÉTRICO ALTO PUNTAJE 6 (IMC >30 + APP PREECLAMPSIA). SE INDICA DIETA SALUDABLE, HIDRATACIÓN 2 L/DÍA, EJERCICIO MODERADO Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES ; SE EDUCA SIGNOS DE ALARMA Y SE INDICA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA CEFALEA INTENSA, VISIÓN BORROSA, DOLOR EPIGÁSTRICO/HCD, DISNEA, EDEMA SÚBITO, OLIGURIA, SANGRADO, FIEBRE, VÓMITOS PERSISTENTES O PA =140/90 (O =160/110). SE PRESCRIBE HIERRO 60 MG + ÁCIDO FÓLICO 400 MCG/DÍA Y + CALCIO 1,5 G/DÍA (2-3 TOMAS) + ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG CADA NOCHE POR RIESGO DE PREECLAMPSIA. SE ENVIA ADEMÁS METRONIDAZOL VIA ORAL 500MG CADA 12 HORAS POR 7 DIAS. AL MOMENTO NO CONTAMOS CON STOCK DE HIERRO MAS ACIDO FOLICO, CARBONATO DE CALCIO NI METRONIDAZOL .SE CITA A CONTROL MES A MES . SE ACTUALIZA REFERENICA A ENDOCRINOLOGIA POR ANTECEDENTES DE RESISTENCIA A LA INSULINA Y HIPOTIROIDISMO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: TORCH IGM : NEGATIVO BIOMETRIA HEMATICA: Recuento de Glóbulos Rojos 5.09 10<sup>6</sup>/μL 4 - 6 Hemoglobina 14.3 g/dL 13 - 17 Hematocrito 44.0 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 86.4 μm<sup>3</sup> 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 28.1 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.5 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 42.4 μm<sup>3</sup> Plaquetas 387 10<sup>3</sup>/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.39 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10 μm<sup>3</sup> 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 12.2 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento células grandes) 96 10<sup>3</sup>/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción células grandes) 24.7 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 11.44 10<sup>3</sup>/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 18.9 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 75.4 % 55 - 65 Monocitos (%) 3.6 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 1.7 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.4 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.16 10<sup>3</sup>/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 8.63 10<sup>3</sup>/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.41 10<sup>3</sup>/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.19 10<sup>3</sup>/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.05 10<sup>3</sup>/μL 0 - 0.2 BIOMETRIA HEMATICA: LEUCOCITOS 9.7 LINFO 2.1 - HGB 13.4 - HEMATOCRITO 41.5 - PLAQUETAS 411 EMO (UROANALISIS DE RUTINA): BACTERIAS + - ASPECTO LIG TURBIO - PH 6.0 - DENSIDAD 1020 - BACTERIAS + , PIOCITOS 3-5 XC , HEMATIES 0-1 XC - CELULAS EPITELIALES + T4 LIBRE/TOTAL: 73.89 TSH: 0.22

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                     | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO | E039   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-19 | 10:59 | Medicina General | MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO | 1314919760 |       |

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 |
| 2026-01-19 | 10:59 | Medicina General | MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO | 1314919760 |       |