

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HIDALGO	ALCIVAR	NOHELIA JULEXI	04	02	2004	21 años, 9 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	1313547455	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHEQUELANDIA y	099-831-4068 /
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	1313547455	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	12	03
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 DE EMBARAZO DE 24.6 SEMANAS DE GESTACIÓN, REFIERE QUE YA NO VIVE EN CUCUY, NO LE HAN DADO CITAS DE CONTROL EN EL MES DE NOVIEMBRE *** NO PRESENTA SÍNTOMAS, NO SIGNOS DE ALARMA, NO PERDIDA DE LIQUIDO, NO SANGRADO, SECRECION BLANQUECINA NO PRURIGINOSA NI CON OLOR FETIDO. NIEGA ALERGIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg): Negativo HIV 4ta Generación: No reactivo TORCH: Toxoplasma IgM:Negativo /// Rubeola IgM: Negativo// Citomegalovirus IgM: Negativo // Herpes I y II IgM: Positivo***** /// VDRL: No reactivo

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HERPES GESTACIONAL	O264		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-03	12:20	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 Firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME 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
2025-12-03	12:20	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	