

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	MUÑOZ	LILIANA ELIZABETH	25	02	1993	31 años, 11 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313549345	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN FRANCISCO 2 y	099-908-9840 /
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	1313549345	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	02	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

Paciente MULTIGESTA de 31 años que cursa gestación de 28 semanas acude a consulta por quinto control prenatal; sin compañía. APP: No refiere, APF: Hermana con preeclampsia; Alergias: no refiere; AQ: Cesárea. FUM: 24/07/2024 (No confiable); FPP: 30/04/2025 Peso: 81,6 KG; TALLA: 157.4 cm, IMC: 32,94. Estado nutricional: OBESIDAD; ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS:3 P:0 C:3 A:0 PIG:04/02/2020; SCORE MAMA; PA: 121/62 mmhg; FC: 100x min, FR: 18x min; STO2 99%; T: 36.3 C. EST CONCIENCIA ALERTA: PROTEINURIA: NEGATIVO. TOTAL SCORE MAMA:0. RIESGO OBSTETRICO IDENTIFICADO: OBESIDAD IMC >30: 3PTO MADRE/HERMANA CON PREECLAMPSIA: 2PTOS + CICATRIZ UTERINA PREVIA TRES O MAS CESAREAS CON EMB > 28 SEMANAS: 3 PTOS. PONDERACION: 3 PTOS RIESGO OBSTETRICO BAJO. SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL POR CICATRIZ UTERINA PREVIA POR 3ERA OCASIÓN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACUDE SIN EXAMENES ACTUALIZADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-06	07:58	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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
2025-02-06	07:58	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

