

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BAILON           | LUCAS            | MARJORIE DANIELA | 02                  | 07  | 2003 | 22 años, 10 meses, 4 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313604215        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | LA ATRAVEZADA y SN           | 098-520-7756 /       |
| 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                 | 1313604215                               | CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |                           |  | 13D12 / ZONA 4 |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                                                    |                                                      |                           |  | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                                                    | Consulta externa                                     | Ginecología y Obstetricia |  | 2026           | 05  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                                                    | Servicio                                             | Especialidad              |  | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMIGESTA DE 22 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU PRIMER CONTROL PRENATAL A ESTA UNIDAD , CURSA EMBARAZO DE 33.3 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN 15/09/2025 FECHA PROBABLE PARTO: 22/06/2026, CONFIABLE, EMBARAZO NO PLANIFICADO, ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: HTA PADRE HERMANA PREECLAMPSIA,ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE MEJOR. BUEN APETITO (5 COMIDAS), ORINA NORMAL, DEFECA POCO DIFICULTAD, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE , NO LEUCORREA, NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO PUNTAJE : 2. EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES . ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL. -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 32 CM FREC. CARDIACA FETAL: 148 LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACIÓN: PODALICO. PROTEINURIA (NO HAY EN LA UNIDAD), MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA. GANANCIA EXCESIVA DE PESO. CELULAR: 0985207756. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: NEUTROFILOS: 71.05, HB: 11.1, HCTO: 32.9. LEUCOCITOS: 8.95, HEMATIES: 3.36. PLAQUETAS: 317 OTROS ANALISIS: Uroanálisis ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA EXAMEN FÍSICO - QUÍMICO Color Amarillo Aspecto Turbio Densidad 1010 pH 8.0 Leuco 75 Leuco/uL Nitritos Negativo Proteínas Negativo mg/dL Glucosa Negativo mg/dL Cuerpos Cetónicos Negativo mg/dL Urobilinógeno Negativo mg/dL Bilirrubinas Negativo Sangre Negativo Ery/uL Hemoglobina Negativo Ery/uL EXAMEN MICROSCOPICO Leucocitos 10 - 20 / Campo Hematíes 1 - 3 / Campo Células Epiteliales abundantes / Campo Moco ++++ Bacterias + OTROS ANALISIS: PLASMODIUM: NEGATIVO. PROTEÍNA EN ORINA DE 24 HORAS 0.03 OTROS ANALISIS: GLUCOSA: 90.9, UREA: 40.68, CREATININA: 0.89, COLESTEROL: 311.0. TRIGLICERIDOS: 305.2.TGO: 19.52, TGP: 17.50

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------|--------|-----|-----|
| SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL | Z340   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|--------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-05-06 | 14:17 | Obstetricia  | KATTY MARIA CEDEÑO RODRIGUEZ | 1206699983 |       |

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 |
|------------|-------|--------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-05-06 | 14:17 | Obstetricia  | KATTY MARIA CEDENO RODRIGUEZ | 1206699983 |       |