

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CEDEÑO	NATHALY SELENA	03	09	1999	26 años, 8 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	1313621102	MANABI	CHONE	SANTA RITA	NARCISO y	098-339-1829 / (99)-999-9999
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	1313621102	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		2026	05	07
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 DE 26 AÑOS. ASISTE A CONTROL PRENATAL SOLA. PACIENTE ACUDE A SU CONTROL PRENATAL # 7 — CON CATEGORIZACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO ALTO (4) POR OBESIDAD PREVIO AL EMBARAZO + PERIODO INTERGENÉSICO PROLONGADO + CESÁREA ANTERIOR, AL MOMENTO PACIENTE NIEGA SINTOMATOLOGIA, NO SANGRADO VAGINAL, NO SECRECIÓN, NO CEFALEA, TINNITUS, FOTOPSIAS, NI SIGNOS DE ALARMA, PACIENTE QUE POR RIESGO OBSTÉTRICO ALTO NECESITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: EMBARAZO NORMAL DE 30.4 SEMANAS DE GESTACIÓN, FETO ÚNICO, VIVO MUY ACTIVO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA, ESTUDIO DE LA PLACENTA ANTERIOR GRADO II, LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	O260		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	12:08	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-05-07	12:08	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

