

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	ZAMBRANO	FABIOLA YAHAIRA	18	08	1990	35 años, 5 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313622480	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	AVDA LUIS NAVEDA y SN	099-833-0108 /
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	1313622480	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4			
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	26
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 GESTANTE DE 35 AÑOS, ACUDE A PRIMER CONTROL PRENATAL, CON ECOGRAFIA UTERO GESTANTE. CURSANDO EMBARAZO DE 13 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFÍA DEL PRIMER TRIMESTRE (22/1/2026) REPORTA EMBARAZO DE 12.3 SEMANAS DE GESTACIÓN AL DÍA DE HOY 13, CON RIESGO OBSTETRICO: 7()OBESIDAD 3P +GESTANTE MAYOR A 35 AÑOS 1P+ ANTECEDENTES DE PREECLAMIA 3P). SCORE MAMA: 0 AL MOMENTO ESTABLE, AFEBRIL, ASINTOMÁTICA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, NIEGA CEFALEA, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA SANGRADO, NIEGA PERDIDA DE LÍQUIDO. NIEGA ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGÍA. DATOS DE DOMICILIO: AVENIDA LUIS NAVEDA. LUGAR DE REFERENCIA: AL FRENTE DE LA UNIDAD EDUCATIVA RIO CENEP. NUMERO TELEFONICO:0998330108. SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL GINECOLOGIA POR SUPERVICION DE EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA: UTERO GESTANTE CON PRODUCTO VIABLE DE 12.3 SEMANAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-26	13:41	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHELL GOYES LOOR	1316102464	

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
2026-01-26	13:41	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHELL GOYES LOOR	1316102464	

