

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MINAYA	ZAMBRANO	ROSA MARIA	14	07	2001	24 años, 9 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313627398	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CANUTO	097-866-9027 /
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	1313627398	CANUTO	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	04	21
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 FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD, NACIDA EN CHONE, RESIDENTE LAS CRUCES, TEF: 097-866-9027. CONTACTO DE EMERGENCIA JAIRO VERA ; 0962868751 , AUTOINTEIDENTIFICACION : MESTIZA, SE EXPLICA PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE EN EL QUE DECIDE PARIR : ACOSTADA OCUPACIÓN : AMA DE CASA. APP: OBSESIDAD , APF : NO REFIERE , ALERGIA : NO REFIERE , ACUDE A CONSULTA POR CUARTO CONTROL DEL EMBARAZO. CURSA 35.1 SG SEGÚN FUM: 18/08/2025 CON FPP 19/05/2025 Y SEGUN PRIMER ECOGRAFIA DEL DIA 12/11/2025 CURSA 12.3 SG EXTRAPOLADA AL DIA DE HOY 35.2SG PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NO USABA AGO : GESTAS 1 PARTO 1 FECHA DE NACIMIENTO DE ULTIMO NIÑO : 29/03/2020 , MENARQUIA : 14 AÑOS , INICIO DE ACXTIVIDAD SEXUAL : 18 AÑOS , PAREJAS SEXUALES : 1 . EMBARAZO PLANIFICADO. PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA , ADICIONAL NIEGA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, NO REFIERE ARDOR NI DISURIA, NO SINTOMATOLOGIA NEUROLOGICA, NO SANGRADOS , NO SECRECION, NO RASH. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA, GLASGOW 15/15, EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GLOBULOSO, GESTANTE, ALTURA UTERINA: 32 FCF: 130, SITUACION: LONGITUDINAL, POSICIÓN: DORSO IZQUIERDO, PRESENTACION: PELVIANA, SIN CONTRACCIONES UTERINAS. PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO ALTO = 4 PUNTOS (3 PUNTOS POR IMC, 1 PUNTO POR PERIODO INTERGENESICO MAYOR O IGUAL A 5 AÑOS) . SCORE MAMA 0. GANANCIA DE PESO: INADECUADA . TIRILLA PROTEINURIA: NEGATIVO. VACUNACION DE TETANOS: VIGENTE. SE PRESCRIBE HIERRO+ ACIDO FOLICO, SE INDICA CONTINUAR ACIDO ACETIL SALICILICO HASTA LA SEMANA 36 (27/ABRIL/2026) +CARBONATO DE CALCIO. PERO NO HAY EN STOCK . TRAE ECOGRAFIA QUE REPORTA EMBARAZO DE 34 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFÍA, FETO ÚNICO, CINÉTICA NORMAL, PRESENTACION PODÁLICO, LATIDOS CARDÍACOS FETALES 164, POR LO QUE SE REALIZA LA REFENCIA PARA GINECOLOGIA PARA VALORACIÓ ESPECIALIZADA. SE EXPLICAN SEÑALES PELIGRO Y SIGNOS DE ALARMA EN CASO DE PRESENTAR ALGUNO ACUDIR AL HOSPITAL MAS CERCANO. SE INDICA IC ODONTÓLOGIA. SE CITA A CONTROL SUBSECUENTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 34 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFÍA, FETO ÚNICO, CINÉTICA NORMAL, PRESENTACIÓN PODÁLICO LATIDOS CARDÍACOS FETALES 164 X' PLACENTA DE INSERCIÓN ANTERIOR GRADO 2 DE MADURACIÓN, ILA: 15 CM ÍNDICE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO NORMAL PESO FETAL DE 2342 G ACORDE A EDAD GESTACIONAL HUESO NASAL NORMAL MIDE 11 MM / LABIOS Y NARIZ NORMALES TRACTOS DE SALIDA DE GRANDES VASOS CARDÍACOS EXAMINADO EN MODO B VENTRÍCULOS CEREBRALES NORMALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS	O321	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-21	10:29	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

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
2026-04-21	10:29	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	