

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AVEIGA	VERA	ANGIE FABIANA	16	04	1998	27 años, 11 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313628065	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARO y PRINCIPAL	098-756-9555 /
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	1313628065	SANTA MARTHA	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	03	30
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 SECUNDIGESTA, SEGUNDIPARA, ACUDE A LA CONSULTA POR CONTROL DE EMBARAZO DE 23.3 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFIA TEMPRANA DEL DIA 12/12/2025 8 SEMANAS DE GESTACION, AL MOMENTO NO REFIERE SIGNOS DE PELIGRO GENERAL ORINA Y DEPOSICIÓN NORMAL, BUEN APETITO, NO SANGRADO TRANS VAGINAL,ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, ORIENTADA TIEMPO Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: HB 10.7 HTCO 31.7 PLAQUETAS 322 GLOBULOS BLANCOS 10.88 CREATININA: CREATININA 0.88 ACIDO URICO 1.92 ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO LATIDOS CARDIACOS PRESENTES ILA 4.46 CM POZO MAYOR PLACENTA ANTERIOR GRADO I DBP 5.63CM CC 19.79 CM PA 17.64CM FF 3.79CM PESO 497GR DOPPLER U DERECHA 0.72 ARTERIAS U IZQUIERDA 0.72. SE IDENTIFICA ESTRUCTURA LINEAL ECOGENICA FINA DENTRO DE LA CAVIDAD AMNIOTICA, COMPATIBLE CON BANDA AMNIOTICA EN LA CUAL SE OBSERVA LIBRE EN CAVIDAD SIN EVIDENCIA DE COMPROMISO FETAL. EMB 22.3 SEMANAS DE GESTAION EMO: ASPECTO URBIO AMARILLO GLUCOSA NORMAL PROTEINAS NEGATIVO LEUCOCITOS TRAZAS LEUCO 11-13 X CAMPO CELULAS EPITELIALS 16-18 X CAMPO BACTERIAS ++

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS PLACENTARIOS	O438		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-30	09:14	Obstetricia	MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA	1313329672	

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

