

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| GARAY            | VERDUGA          | JOHANNA JAHAIRA | 15                  | 04  | 1999 | 25 años, 9 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        | 1313674085        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | BENITO SANTOS y ENTRE MERCEDES Y SALINAAS | 098-083-5852 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1313674085      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                           | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|---------------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia | 2025  | 01  | 29  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad              | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE PRIMIGESTA DE 25 AÑOS DE EDAD AGO: G0 P0 A0 C0 APP: NO REFIERE //APQX: NO REFIERE // APF: NO REFIERE// GESTANTE DE 32.2 SG (EMBARAZO GEMELAR) SEGÚN FUM 17/06/2024, FPP: 24/03/2025. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL MENSUAL. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMÁTICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA, ABDOMEN NO DOLOROSO, UTERO GRÁVIDO, PRESENTACIÓN: CEFALICO FETO 1 Y PODALICO FETO 2, AFU: 38 CM, FCF: 138-149 LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. // ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO GANANCIA INADECUADA EXCESO / SCORE MAMA: 0 RO: ALTO EMBARAZO GEMELAR. PROTEINURIA NEGATIVA.LE ACOMPAÑARIA AL PARTO SU ESPOSO LUIGY VERA TLF: 0996289667; PACIENTE VIVE EN CALLE BENITO SANTOS ENTRE MERCEDES Y SALINAS; ACUDIRIA EN CARRO PARTICULAR DEL VECINO AL HOSPITAL.SE REALIZA REFERENCIA DEBIDO A EMBARAZO GEMELAR.LE GUSTARIA UTILIZAR PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS POSTERIOR AL PARTO COMO METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE AL MOMENTO DE LA CONSULTA NO PRESENTA RESULTADOS DE LABORATORIO ACTUALIZADOS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico    | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------|--------|-----|-----|
| EMBARAZO DOBLE | O300   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-29 | 09:56 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |       |

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