

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	ZAMBRANO	MARIA JOSE	10	01	2001	25 años, 0 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313674531	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	AVDA CARLSO ALBERTO ARAY y SN	095-910-9867 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313674531	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	27
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	☐	VALORACION DE INMUNIZACION	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONTROL PRENATAL SUBSECUENTE, CURSA EMBARAZO DE 30 SG POR FUM NO CONFIABLE 01/07/25.POR ECO DEL PRIMER TRIMESTRE (06/08/25) CON 5.0 SEMANAS PARA HOY 29.6 SG. FCF 145, ALTURA UTERINA 30, A LAS MANIORAS DE LEOPOLD CEFALICO DORSO DERECHO, LONGITUDINAL. PACIENTE CON VACUNAS INCOMPLETAS, REFIERE QUE HACE 9 AÑOS PERDIO SU EMBARAZO DE 17 SEMANAS DE GESTACION SEGUN ELLA A CAUSA DE VACUNA DEL TETANO. SE REFIERE A ESPECIALISTA PARA VALORAR INMUNIZACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 28.2 SEMANAS POR ECOGRAFIA, PRESENTACION CEFALICO, FCF 144, PLACENTA INSERCIÓN POSTERIOR GRADO 1, ILA 15, PESO FETAL 1179, VENTRICULOS CEREBRALES NORMALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	Z348		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-27	14:58	Medicina Rural	VICENTE VIDAL MENDOZA PINARGOTE	1313899575	

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
2026-01-27	14:58	Medicina Rural	VICENTE VIDAL MENDOZA PINARGOTE	1313899575	

