

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	HEREDIA	KARLA VANESSA	23	05	1996	29 años, 2 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313679415	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CENTRO DE RICAURTE y 093-944-7419 / (00)-000-0000
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	1313679415	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	08	13
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 tercigesta cesareada anterior hace 8 años por presentacion de nalgas y doble circular de cordón, acude a primer control prenatal, orientada en tiempo y espacio, cursa con embarazo de 9.6 semanas por FEcha de ultima menstruacion : 5/06/2025, refiere dolor de cabeza, vision borrosa, dolor en hipogastrio que se irradia a region lumbar de 1 día de evolucion, cansancio , al momento estable, afebril. Al examen físico Cabeza:normocefalo, Conjuntivas:normal , Cuello: Tiroides:Visible sin adenopatias;Tórax: Corazón Rítmico, ruidos cardiacos normales ,Pulmones: campos pulmonares claros y ventilados; Mamas: Pezones Formados; se observan escoriaciones en las mismas , paciente con psoriasis, Abdomen: plano, gestante no se ausculta FCF, presentación indeterminada, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, movimientos fetales ausentes, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices, se observan abundantes estrias , Proteinuria no aplica , Score mama 0 , peso preconcepcional sobrepeso, trae resultado de exámenes y ecografia realizados particularmente, previo consentimiento informado se realiza prueba rapida de VIH cuarta generacion No reactiva, Sifilis No reactiva, Chagas Negativa y Hepatitis B negativo, no rash, no fiebre, no conjuntivitis, riesgo obstetrico alto, se IC con medicina familiar a unidad correspondiente y se refiere a segundo nivel.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: toxoplasma negativo, rubeola negativo, herpes negativo, citomegalovirus IgM: 29.6, POSITIVO ACIDO LACTICO: GLUCOSA 83.10, UREA 22.77, CREATININA 0.51, COLESTEROL TOTAL 217.16, TRIGLICERIDOS 89.19, ACIDO URICO 3.05, HDL 71.067, LDL 148.64MG/DL CLINITES T EN ORINA: ELEMENTAL DE ORINA AMARILLO TURBIO, MICROSCOPICO LEUCOCITOS 8 X CAMPO, HEMATIES X CAMPO, BACTERIAS + ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 7 SEMANAS, , SACO GESTACIONAL DE 32MM, CON BORDES REGULARES Y BUENA CANTIDAD, LATIDOS CARDIACOS PRESENTES 144XM, CORIOM DE IMPLANTACION CIRCULAR , MEMBRANA AMNIOTICA VISIBLE DÍMERO D: HB: 13.5 g/dl, HTO: 39.7 %, LEUCOCITOS 10.040, PLAQUETAS 342.000

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEADES VIRALES QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O985		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-13	11:34	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	 FIRMA Firmado electrónicamente por: JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-08-13	11:34	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	