

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	REYES	DIANA LETICIA	01	09	2000	25 años, 5 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313730523	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARO y	097-945-5684 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area		
MSP	1313730523	SANTA MARTHA		CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	02	13
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE GESTANTE MULTIPARA CURSA CON EMB DE 36 SEMANAS DE GESTACION POR ECO TEMPRANO, AGO: G2 P1 C1 A0 FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION NO CONFIABLE 25/06/2025, AL MOMENTO NIEGA SANGRADO, NIEGA DOLOR, NO PERDIDA DE LIQUIDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: HB 11.1 HCTO 33.40 PLAQUETAS 341 LEUCOCITOS 10.44 TIEMPOS DE COAGULACION 12.00 TP 14.20 PORCENTAJE 88.03 INR 1.14 TTP 28.60 TSH 0.72 FT4 1.00 GLUCOSA 89.80 UREA 17.36 NITROGENO UREICO 8.11 CREATININA 0.47 ACIDO UREICO 5.00 ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO PRESENTACION TRANSVERSO SITUACION LONGITUDINAL ILA 15.69 CM PLACENTA ANTERIOR GRADO II DBP 8.43CM CC 30.48CM CAB28.87CM HF 5.62 FF 6.25CM PESO 2079GR PERCENTIL MAYOR A 100. IP DUCTUS VENOSO 0.7 IP ART UMBILICAL 0.9 IP ART CEREBRAL MEDIA 2.7 IP ART UTERINAS DER 2.16 IZQ 1.98 ID: EMB DE 33 SEMANAS 1 DIA FLUJO DE ARTERIAS UTERINAS ALTERADO RIESGO PRESUNTIVO DE PREECLAMPSIA POSICION TRANSVERSA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR POSICION FETAL OBLICUA O TRANSVERSA	O322		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-13	19:19	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

