

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CEDEÑO           | VARGAS           | JAZMINA CECIBEL | 12                  | 07  | 2000 | 25 años, 0 meses, 23 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313731448        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | BALZAR 3 y                   | 000-000-0000 /       |
| 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                 | 1313731448      | ELOY ALFARO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2025  | 08  | 04  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

GESTANTE DE 25 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE RELEVANCIA, NIEGA ALERGIAS , APF: ABUELA PATERNA HTA, AGO: G:1 C:1 PIG: 3 AÑOS, FUM: 05/04/2025, FPP: 10/01/2026, CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO: RIESGO OBSTETRICO BAJO (CICATRIZ UTERINA PREVIA + SOBREPESO). CURSA CON EMBARAZO DE 17.3 SG POR FUM Y 17.4 SG POR ECOGRAFIA PRECOZ DEL 16/06/2025 CON 10.4 SG. ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR REFERIR CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR NAUSEAS, VOMITO EN 4 OCASIONES DE CONTENIDO ALIMENTARIO Y DOLOR DE CABEZA DE MODERADA INTENSIDAD. AL MOMENTO ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS NEUROLÓGICAS; EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACION; GANANCIA INADECUADA DE PESO; SCORE MAMA 0. SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                             | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTROS VOMITOS QUE COMPLICAN EL EMBARAZO | O218   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD      | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|-------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2025-08-04 | 11:45 | Obstetricia Rural | KEYLI NATHALY LOOR ARROYO | 0750052755 |       |

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 |
|------------|-------|-------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2025-08-04 | 11:45 | Obstetricia Rural | KEYLI NATHALY LOOR ARROYO | 0750052755 |       |

