

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SOLORZANO	ROMINA SAMANTHA	28	01	2001	24 años, 8 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313734541	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BELLA VISTA BAJA y	099-718-8469 /
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	1313734541	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	10	02	
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 acude a control prenatal, cursa con embarazo de 37.1 semans por Fecha de ultima menstruacion 15/01/2025 G1P0A0C1 hace 6 años , al examen fisico conciente, orientada no rash, no fiebre, no conjuntivitis, facies y conjuntivas rosadas, mucosa orales humedas, mamas simétricas no dolorosas, al examen obstetrico feto único vivo presentación cefálico, situación longitudinal, dorso , izquierdo, altura uterina 37cm movimientos fetales positivos, frecuencia cardiaca fetal 130 lpm al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores no edemas, no várices , proteína en orina negativa , Score mama 0, Ganancia de peso adecuada Riesgo Obstetrico alto se explican signos de alarma y señales de peligro en caso de presentar alguno acudir al hospital de referencia , se prescribe hierro mas acido folico.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

no se realiza al momento

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-02	10:15	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

Firmado electrónicamente por:
**KAREN KATIUSKA
VIVAS MICOLTA**
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
2025-10-02	10:15	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

