

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARBERAN	CASTRO	TATIANA MERCEDES	10	07	1996	28 años, 7 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313775114	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JORGE GALLARDO y	096-743-3387 / (99)-999-9999
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	1313775114	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	02	11
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 31.3 semanas al examen obstetrico altura uterina 32 cc, feto único presentación cefálico, situación longitudinal, dorso derecho, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, indica y muestra imágenes de foto donde se observa flujo sanguinolento , lo cual inicio desde 12/25/2025 e indica que ocurre cuando camina exageradamente, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , proteína en orina negativo, Score mama 0 , movimientos fetales presentes , no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso inadecuado por exceso, riesgo obstetrico alto , ya fue atendida por especialista quien le ha referido a cardiología, se refiere a segundo nivel a ginecología, tiene antecedentes de parto prematuro.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

presencia de perdida de flujo sanguíneo en poca cantidad de un mes de evolución.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-11	08:05	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

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
2025-02-11	08:05	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

