

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANA	ZAMBRANO	GEMA NOHELIA	21	08	1996	29 años, 2 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313775247	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE LAS MERCEDES y 098-901-2429 / (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	1313775247	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	31	
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 primigesta con antecedente de obesidad , anemia cronica y aumento excesivo de peso durante el embarazo, acude por resultado de biometria solicitada ,cursa con embarazo de 32,4 semanas por Fecha de ultima menstruación: 19/03/2025, al examen obstetrico altura uterina 33cc, FCF 145xm, feto único presentación cefálico, situación longitudinal, dorso derecho, indica sentir mejoría de prurito en el cuerpo ,proteína en orina negativo , Score mama 0 , movimientos fetales presentes , no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso inadecuado por exceso ,tamizaje de violencia negativo , riesgo obstetrico categoria 5 alto riesgo, IC con medicina familiar Y Referida a segundo nivel por el alto riesgo de Preeclampsia , en resultado de examen se observa continuar con anemia leve, en espera de consulta con medicina familiar.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: Recuento de Glóbulos Rojos 4.18 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina ¿ 10.1 g/dL 13 - 17 Hematocrito ¿ 32.0 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) ¿ 76.6 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) ¿ 24.2 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 31.6 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c ¿ 15.7 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 43.2 μm³ Plaquetas 348 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.35 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10.1 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 12.7 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 91 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proportion celulas grandes) 26.1 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 6.85 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) ¿ 17 % 25 - 40 Neutrófilos (%) ¿ 70.6 % 55 - 65 Monocitos (%) 9.1 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 2.8 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.5 % 0 - 2 Linfocitos (#) 1.16 10³/μL 1 - 4.4 Neutrofilos (#) 4.85 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.62 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.19 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.03 10³/μL 0 - 0.2 ULTRASONIDO: EMBARAZO UNICO DE 34,1 PLACENTA ANTERIOR GRADO II, HOMOGENEA NORMAL, LIQUIDO AMNIOTICO EN CANTIDAD ADECUADO, SEXO FEMENINO, PESO 2282G, REALIZADA EN ESTA UNIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O990		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-31	09:08	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	 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
2025-10-31	09:08	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	