

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	MOREIRA	GENESIS GERMANIA	19	11	2002	23 años, 1 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313776484	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA CANUTO y	098-555-8925 /
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	1313776484	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	01	09
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

Gestante tercigesta nulipara AGO G3A1P0C2 ultima cesarea hace 3 años, cursa con embarazo de 29.6 semanas por Fecha de ultima menstruación 14/06/2025 , al examen obstétrico altura uterina 30cc, presentación cefalico dorso derecho , al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , proteína no se realiza no contamos con tirilla oxigenoterapia aire ambiente gasto urinario no cuantificable , Score mama 0, movimientos fetales presentes, no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso inadecuado por exceso, paciente no trae resultados de exámenes solicitados en consulta anterior . se realiza glucosa capilar 84 mg/dl. riesgo obstetrico bajo categoría 3 , tamizaje de violencia negativo . valoración y procedimiento especializada

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CESAREA SEGMENTARIA NUMERO 2

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X



Firmado electrónicamente por:
LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO
Validar únicamente con FirmaEC

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-01-09	09:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	

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
2026-01-09	09:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	

