

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHICA	ROSADO	JOSSELYN XEOMARA	17	07	1994	30 años, 5 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313796045	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA MAGALY VERA y	097-878-6812 /
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	1313796045	SANTA RITA	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	01	16
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 secundigesta de 30 años que cursa gestación de 33.3 semanas acude a consulta por cuarto control prenatal; sin compañía. APP: No refiere, APF: no refiere; Alergias: no refiere; AQ: no refiere. FUM: 28/05/2024; FPP: 04/03/2025 Peso: 71,6 KG; TALLA: 160 cm, IMC: 27,97. Estado nutricional: sobrepeso; ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS: 1 PARTOS:0 CESAREAS:1 ABORTOS: 0 PIG: 12/09/2019; SCORE MAMA; PA: 121/70 mmhg; FC: 90x min; FR; 19x min; STO2 99%; T: 36 C. EST CONCIENCIA ALERTA: PROTEINURIA: NEGATIVO. TOTAL SCORE MAMA:0. RIESGO OBSTETRICO IDENTIFICADO: SOBREPESO IMC DE 25.1 A 29.9= 1 PTO + CICATRIZ UTERINA PREVIA > 32 SEMANAS DE GESTACION=2 PTOS. PONDERACION 3. RIESGO BAJO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO, POSICION CEFALICA, CON PLACENTA GRADO 1, ILA:NORMAL, FCF: 150LPM, MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS. PESO: 1721G, EMBARAZO DE 31.3 SEMANAS.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-16	08:11	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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
2025-01-16	08:11	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

