

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARGAS	ORTIZ	KENIA AMPARO	17	10	1987	38 años, 4 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313823286	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	30 DE MARZO y 5 DE JUNIO	096-737-8923 /
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	1313823286	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	03	12
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 SECUNDIGESTA NULIPARA (CESAREA ANTERIOR HACE 12 AÑOS) ACUDE A CONTROL PRENATAL POR EMBARAZO DE 20,6 SEMANAS DE GESTACION, AL MOMENTO NIEGA DOLOR, NO SANGRADO, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO, NO SECRECIONES, NO MOLESTIA EN GENRAL, REFIERE QUE SIENTE LO SMOVIMIENTOS FETALES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: VIH NO RREACTIVO, SIFILIS NO REACTIVO ULTRASONIDO: EMBARAZO UNICO VIVO DE SEXO FEMENINO DE 19,5 SG, FCF 152LPMIN, DBP 44.71, PESO FETAL 316.01GR, PLACENTA POSTERIOR GRADO 0 D EMADURCION SIN ANOMALIAS, CORDON UMBILICAL 2 A Y 1 V, COLUMNA VERTEBRAL CERRADA EN TODA SU LONGITUD RIESGO OBSTETRIOC 4 PUNTOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-12	10:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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