

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	GARCIA	JHISNARDA JANERY	04	02	2002	23 años, 11 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313826628	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	MUCHIQUE 1 y	096-859-5812 /
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	1313826628	ELOY ALFARO	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	01	30
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 DE 23 AÑOS, CON FUM DE 10/07/2025 CORRESPONDIENTE A 29.1 SEMANAS DE GESTACION, ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS GESTAS: 1 ABORTOS: 1, PERIODO INTERGENESICO DE 2 AÑOS, ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: ATRESIA TRICUSPIDEA Y PULMONAR CON HIPOPLASIA DE VD, ASMA, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: MAMA HTA, ALERGIAS: DESCONOCE, HABITOS: NO REFIERE. ACUDE A LA UNIDAD POR CONTROL PRENATAL, TRAE CONSIGO EXAMENES DE LABORATORIO Y ECOGRAFIA (REPORTADOS EN EL SISTEMA). AL MOMENTO NO REFIERE SÍNTOMAS NI SIGNOS, SE ENCUENTRA AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE QUE COLABORA CON EL INTERROGATORIO. PACIENTE INDICA PERTENECER AL CS SAN ISIDRO, PERO QUE NO LE DAN RESPUESTA DE LA REFERENCIA POR LO QUE OPTA POR ACUDIR A LA UNIDAD ELOY ALFARO, AL EXAMEN FISICO: TÓRAX SIMÉTRICO, CSPS VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS (DIAGNOSTICADO ATRESIA TRICUSPIDEA Y PULMONAR CON HIPOPLASIA DE VD) EXAMEN DE MAMAS SIN PATOLOGÍA (BLANDAS, NO SE PALPAN NÓDULOS, PEZÓN FORMADO). ABDOMEN CON ÚTERO GESTANTE, ALTURA UTERINA: 25 CM Y FCF 150 LPM. SIN PRESENCIA DE EDEMA DE EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES. CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO: ABORTO (MENOS A 20 SG) (1) + GLICEMIA BASAL > 92 (2) + DISCAPACIDAD FISICA 50% (2) + CARDIOPATIAS (DIAGNOSTICADO ATRESIA TRICUSPIDEA Y PULMONAR CON HIPOPLASIA DE VD) (3) = 8 RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA SANGUINEA----- Glucosa basal: 97.29 Urea: 15.31 Nitrógeno ureico: 7.15 Creatinina 0.49 TGO/AST: 18.79 TGP/ALT: 18.30 BIOMETRIA HEMATICA-----Leucocitos: 8.13 Neutrófilos absolutos: 6.20 Linfocitos absolutos: 1.32 Monocitos absolutos: 0.46 Eosinófilos absolutos: 0.14 Basófilos absolutos: 0.010 Neutrófilos%: 76.2 Linfocitos %: 16.2 Monocitos %: 5.7 Eosinófilos %: 1.8 Basófilos %: 0.1 Recuento de hematíes: 4.39 Hemoglobina: 13.10 Hematocrito: 41.10 Volumen corpuscular medio: 93.6 HB Corpuscular Media: 29.90 Concentración HB Corpuscular Media: 32.00 Ancho de distribución de G.R. S.D.: 52.1 Ancho de distribución de G.R. S.V. %: 13.2 Plaquetas: 251 ECOGRAFIA OBSTETRICA REALIZADA EL 31/01/2026 -----ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 29.2 SEMANAS DE EMBARAZO POR ECOGRAFIA, FETO UNICO, CINETICA NORMAL, SITUACION TRANSVERSAL, LATIDOS CARDIACOS FETALES, 146 POR MIN, PLACENTA INSERCIÓN ANTERIOR GRADO 1 DE MADURACION, ILA 15CM, PESO FETAL 1386 GR ACORDE A LA EDAD GESTACIONAL, HUESO NASAL NORMAL MIDE 10 MM LABIOS Y NARIZ NORMALES, TRACTOS DE SALIDA DE GRANDES VASOS CARDIACOS EXAMINADO EN MODO B. VENTRICULOS CEREBRALES NROMALES. UROANALISIS -----COLOR: AMARILLO, ASPECTO: TURBIO, DENSIDAD: 1.010, PH: 7, LEUCCOCITOS: POSITIVO, NITRITOS: NEGATIVO, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCOSA: NEGATIVO, CUERPO CETONICOS: NEGATIVO, UROBILINOGENO: NEGATIVO, BILLIRUBINA: NEGATIVO, SANGRE; NEGATIVO. SEDIMENTO URINARIO: CELULAS EPITELIALES: 25-28, PIOCITOS: 7-9, HEMATIES: 2-4, BACTERIAS: ++

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	O268		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-30	14:25	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	 Firmado electrónicamente por: MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ 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
2026-01-30	14:25	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	