

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	LOOR	LEYDA MARISOL	10	02	1991	34 años, 7 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313828657	MANABI	CHONE	CANUTO	SITIO MOCORAL DOS y CANUTO	099-913-9278 /
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	1313828657	CANUTO	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	09	25
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 DE 34 AÑOS , ACUDE A CONTROL DEL EMBARAZO , CURSA AL MOMENTO DE 30.4 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MENS TRUACIÓN , AL MOMENTO MENCIONA QUE HACE UNOS DIAS SANGRO POR LA NARZI POR MUCHO SOL QUE NO HA TENIDO SINTOMATOLOGIA .
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SE REVISA ECOGRAFIA DONDE MENCIONA QUE TIENE MEBRAZO DE 28.6 SEMANAS , PRESENTACION CEFALICO , ILA 20 CM , HUESO NASAL NORMAL PERO PRESENTA EDEMA PRENASAL MIDE 9MM , HUESONASAL MIDE 9MM ,PESO FETAL 1289 GRAMOS, SE OBSERVA CIRCULAR DE CORDON,
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR (PRESUNTA) MALFORMACION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN EL FETO	O350	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-25	15:05	Obstetricia Rural	JULISSA STEFANIA CANTOS LOPEZ	0951096270	

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 clínico

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
2025-09-25	15:05	Obstetricia Rural	JULISSA STEFANIA CANTOS LOPEZ	0951096270	