

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FLECHER	TRIVIÑO	ESTEFANIA DOLORES	24	10	2001	23 años, 4 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313912998	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA ARAY y	095-860-6724 /
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	1313912998	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Obstetricia	2025	02	24
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 acude a control prenatal, cursa con embarazo de 34.4 semanas, al examen obstetrico altura uterina 36cc, FCF 158xm, feto único presentación cefálico, situación longitudinal, dorso derecho, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , proteína en orina negativo, Score mama 0 , movimientos fetales presentes, no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso inadecuado por exceso, en el ultimo mes ha ganado 7 Kilos en un mes, en total hasta la fecha ha ganado 22 Kilos, se refiere a segundo nivel, no se ha realizado los exámenes solicitados en control anterior, previo consentimiento informado se realiza prueba rapida de VIH No reactiva, sífilis negativo , refiere cefalea de una semana de evolución , refiere tambien falta de sueño ,riesgo obstetrico alto

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON CEFALEA LEVE Y EXCESO DE PESO DURANTE TODO EL EMBARAZO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-24	10:44	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

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
2025-02-24	10:44	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

