

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANA	PARRAGA	ALEXANDRA ISABEL	08	11	1992	33 años, 2 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314035054	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	CITIO VETIYAL y	0964040907 / (99)-999-9999
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	1314035054	CUCUY	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	26
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

EL 22-1-2026 PACIENTE GESTANTE DE 32 AÑOS ACUDE A LA CONSULTA PARA CONTROL PRENATAL. CURSA CON EMBARAZO DE 26.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM 20-07-2025 Y HOY CON 28.3 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECO: REALIZADA EL 29/12/2025 CON (24.5 SG). APP: DISCAPACIDAD VISUAL 30% OJO DERECHO, APF: DM2 MADRE EN TTO, APQX NO REFIERE, AGO: G4 P2 C0 A2, AL MOMENTO REFIERE DISURIA DE 3 DIAS, NO SE HA AUTOMEDICADO. PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE REVISAN EXAMENS DE LABORATORIO REALIZADOS EL 4-12-2025 DONDE SE OBSERVA EL GRUPO SANGUINEO QUE REPORTA O RH -, SE LE PREGUNTA A LA PACIENTE SI EN EMBARAZOS ANTERIORES HAN COLOCADO INYECCION DE INMUNOGLOBINA RH (ANTI D), Y NO LE HAN COMUNICADO SI LE HAN PUESTO O NO, POR LO QUE MANIFESTA QUE NO, PERO SI LE HAN EXPLICADO LAS CONSECUENCIAS DE EMBARAZOS POSTERIORES POR GRUPO SANGUINEO RH - E HIJAS RH +, LO QUE ELLA ENTIENDE, SIN EBARGO NO SE HA COLOCADO LA INYECCION ANTI - D, ADEMAS EN CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO PRESENTA 7 PUNTOS (ABORTO (2), RH - ISOINMUNIZADA (3), DISCAPACIDAD FISICA (2)) SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA A GINECOLOGIA, EN ESPERA DE TURNO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: Grupo Sanguíneo O Factor Rh Negativo OTROS ANALISIS: Glucosa 98.4 mg/dL 70 - 110 Urea 12.51 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.75 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 3.54 mg/dl 2.4 - 6 OTROS ANALISIS: Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo HIV 4ta Generación No reactivo VDRL No reactivo BIOMETRIA HEMATICA: Recuento de Glóbulos Rojos 4.26 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina ζ 12.1 g/dL 13 - 17 Hematocrito ζ 36.8 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 86.5 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 28.4 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.9 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 12.9 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs 41.6 μm³ Plaquetas 295 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.27 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 9.3 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 10.7 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 55 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 18.6 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 8.78 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) ζ 20.9 % 25 - 40 Neutrófilos (%) ζ 71.8 % 55 - 65 Monocitos (%) 6.4 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 0.7 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.2 % 0 - 2 Linfocitos (#) 1.84 10³/μL 1 - 4.4 Neutrofilos (#) 6.3 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.56 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.06 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.02 10³/μL 0 - 0.2 EMO (UROANALISIS DE RUTINA): Color: AMARILLO Aspecto: LIG TURBIO Densidad: 1.020 Ph: 6.0 Leucocitos: POSITIVO Nitritos: NEGATIVO Proteinas: NEGATIVO Glucosa: NEGATIVO Cuerpos cetónicos: NEGATIVO Urobilinógeno: NEGATIVO Bilirrubina: NEGATIVO Sangre: NEGATIVO SEDIMENTO URINARIO Celulas epiteliales: 2-4 Píocitos: 4-6 Hematíes: 8-2 Bacterias: + Moco: + Levaduras de Hongos: +

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR ISOINMUNIZACION RHESUS	O360		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-26	02:01	Medicina Rural	LADY ALEJANDRA CALVACHE GUILCASO	0504297581	

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
2026-01-26	02:01	Medicina Rural	LADY ALEJANDRA CALVACHE GUILCASO	0504297581	