

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	SOLORZANO	ROSA MARIA	07	07	1994	30 años, 6 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314064385	MANABI	CHONE	SANTA RITA	COÑAQUE y	096-983-2967 / (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	1314064385	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Obstetricia	2025	01	21
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 Secundigesta de 30 años que cursa gestación de 29.6 semanas acude a consulta por quinto control prenatal. APP: No refiere, APF: HERMANA TUVO PREECLAMPSIA; Alergias: no refiere; AQ: no refiere. FUM: 26/06/2024 (No confiable); FPP: 02/04/2025
Peso: 101,2 KG; TALLA: 150 cm, IMC: 39,56. Estado nutricional: obesidad; ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS:1 P:1 C:0
A:0 PIG:20/03/2014 (SECUNDIGESTA); SCORE MAMA; PA: 120/80 mmhg; FC: 99x min, FR: 19x min; STO2 99%; T: 36.2 C. EST
CONCIENCIA ALERTA; PROTEINURIA: NO SE HIZO (Paciente refiere recién haber orinado) . TOTAL SCORE MAMA:0. RIESGO
OBSTETRICO IDENTIFICADO: OBESIDAD IMC > 30 : 3 PTO + HERMANA CON PREECLAMPSIA: 2. PONDERACION: 5 RIESGO OBSTETRICO
ALTO. SE REALIZA REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ASPECTO: TURBIO, COLOR: AMARILLO OSCURO, PH: 6, LEUCOCITOS: NEGATIVOS, BACTERIAS: MODERADAS ++. FILAMENTO MUCOSA: ++.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION GESTACIONAL [INDUCIDA POR EL EMBARAZO]	O13X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-21	14:43	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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
2025-01-21	14:43	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

