

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	SOLORZANO	KAREN ELIANA	05	05	1994	31 años, 4 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314065119	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y	097-891-7473 /
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	1314065119	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	Ginecología y Obstetricia		2025	09 29
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 multigesta cesareada anterior 3 veces, ultima cesarea hace 5 años, acude a control prenatal, cursa con embarazo de 33,1 semanas por Fecha de ultima menstruacion: 9/02/2025, al examen obstetrico altura uterina 34cc, FCF 145xm,k feto único presentación cefálico, situación longitudinal, dorso derecho, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, se observa eritema en vulva, 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 ,tamizaje de violencia negativo , riesgo obstetrico alto, se refiere a segundo nivel , consulta en un mes
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: HIV 4ta Generación No reactivo Método: Inmunoquimioluminiscencia VDRL No reactivo BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.3 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina ¿ 12.9 g/dL 13 - 17 Hematocrito ¿ 38.6 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 89.8 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 30 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 33.4 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 45.6 μm³ Plaquetas 293 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.26 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 8.7 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c ¿ 9.8 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 44 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) ¿ 15 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 8.23 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 25 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 61.8 % 55 - 65 Monocitos (%) 9.6 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 3.2 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.4 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.06 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 5.09 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.79 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.26 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.03 10³/μL 0 - 0.2 GLUCOSA: Glucosa 97.8 mg/dL 70 - 110 Urea 21.50 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.68 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 3.12 mg/dl 2.4 - 6 EMO: hematies 6x campo, leucocitos 10 x campo, cilindros no, cristales no, filamentos mucosos no, bacterias ++, otros no, hemoglobina positivo. ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO 35.5 SEMANAS, CEFALICO, ILA CONSERVADO,, PLACENTA GRADO 2 , SEXO MASCULINO, PESO 1980 G 2 POSTERIOR HETEROGENEA, Fcf 141XMINUTO, REALIZADA EN ESTA UNIDAD, NO SE ENCUENTRAN REGISTARDASA ANTERIORES ECO QUE INDICA HABERSE HECHO, NI TAMPOCO APARECEN EN EL REGISTRO DE ECOGRAFIAS.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-29	14:46	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	 Creado electrónicamente por: JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A 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
2025-09-29	14:46	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	