

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LOOR             | FIGUEROA         | GEMA DAYANA | 14                  | 08  | 1999 | 26 años, 5 meses, 19 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314067081        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | BAY PASS y                   | 098-362-8498 /       |
| 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                 | 1314067081      | SANTA RITA               | 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  | 02  | 02  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                          |                                      |                                     |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input type="checkbox"/> | Saturación<br>capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal<br>del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/> | PRESENTACION<br>PODALICA             |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE NULÍPARA DE 26 AÑOS QUE CURSA GESTACIÓN DE 32.6 SEMANAS ACUDE A CONSULTA POR CONTROL PRENATAL; SIN ACOMPAÑANTE APP: NO REFIERE, APF: NIEGA ; ALERGIAS: NO REFIERE; AQ: NO REFIERE. FUM: 19/06/2025 (NO CONFIABLE); FPP: 26/03/2026 PESO: 52.8 KG; TALLA: 157 CM, IMC: 19.12 . ESTADO NUTRICIONAL: NORMAL; ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS:2 P:0 C:1 A:0; SCORE MAMA; PA: 98/60MMHG; FC: 91X MIN, FR; 19X MIN; STO2 99%; T: 36.2 C. EST CONCIENCIA ALERTA: PROTEINURIA: NEGATIVO TOTAL, SCORE MAMA:0. RIESGO OBSTETRICO IDENTIFICADO: BAJO. ACUDE CON ECOGRAFIA PARTICULAR QUE REPORTA: PLACENTA POSTERIOR, PESO FECTAL: 1873G FCF: 150LPM SEXO FEMENINO, PRESENTACION PODALICO, MOVIMIENTOS FETALES OBSERVADOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ATENCIÓN MATERNA POR OTRAS PRESENTACIONES ANORMALES DEL FETO | O328   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-02 | 14:47 | Medicina Rural | HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE | 1315563245 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-02 | 14:47 | Medicina Rural | HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE | 1315563245 |       |

