

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MERA             | MENDOZA          | NATHALY LISSETTE | 23                  | 04  | 2003 | 22 años, 11 meses, 1 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314068352        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | VALLARINO DONOSO y           | 099-405-8350 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón        | Parroquia     | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud                   | Tipo            | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------------------------|-----------------|----------------|
| MSP                 | 1314068352      | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO | HOSPITAL BASICO | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2026  | 03  | 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 DE 22 AÑOS DE EDAD ECUATORIANA TERCIGESTA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO QUE CONSULTA POR CONTROL PRENATAL PRIMER EN ESTA CASA DE SALUD , MENARQUIA 14 AÑOS , ALERGIAS NO REFIERE , APP NO REFIERE 2DO EMBARZO PREMATUREZ , APF NO REFIERE , G:2 P: 2 AB: 0 C: O , FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION 10-07-2025 , FECHA PROBABLE DE PARTO 16-04-2026 AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE ESTAR TRANQUILA ASINTOMATICA SIN PRESENTAR SEÑALES DE PELIGRO .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACIDO FOLICO SERICO E INTRAERITROCITARIO: 1hematologia 2bioquimica Sanguinea 1hematologia Examen Resultado Unidad Rangos Ref. HEMOGRAMA Leucocitos# 8.39 x 10<sup>3</sup>/uL 4 - 10 Neutrofilos# 6.22 10<sup>3</sup>/uL 2 - 7 Linfocitos# 1.55 10<sup>3</sup>/uL 0.8 - 4 Monocitos# 0.39 10<sup>3</sup>/uL 0.12 - 0.7 Eosinofilos# 0.22 10<sup>3</sup>/uL 0.02 - 0.5 Basofilos# 0.01 10<sup>3</sup>/uL 0 - 0.15 Neutrofilos% \* 74.1 % 50 - 70 Linfocitos% \* 18.4 % 20 - 40 Monocitos% 4.70 % 3 - 7 Eosinofilos% 2.6 % 0.5 - 5 Basofilos% 0.20 % 0 - 1.5 Hematies 4.46 x 10<sup>6</sup>/uL 3.5 - 5 Hemoglobina 12.5 g/dl 12 - 16 Hematocrito 38.1 % 36 - 46 MCV 85.5 fL 80 - 100 MCH 28.0 pg 27 - 34 MCHC 32.8 g/dl 32 - 36 RDWSD 45.7 fL 35 - 56 RDWCV 12.7 % 11 - 16 Plaquetas 291 x 10<sup>3</sup>/uL 150 - 450 PCT 0.23 % - VPM \* 7.9 fL 8 - 15 PDW

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS | O321   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|--------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-24 | 09:21 | Obstetricia  | MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO | 0702433608 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|--------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-24 | 09:21 | Obstetricia  | MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO | 0702433608 |       |

