

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OLMEDO	CONFORME	MAYRA MARGARITA	23	03	1999	26 años, 9 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314135490	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO BOCA DE CAÑALES y	095-984-9921 /
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	1314135490	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	01	19
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 26 AÑOS DE EDAD ECUATORIANA REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD , PRIMIGESTA, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO QUE CONSULTA POR CONTROL PRENATAL SEGUNDO EN ESTA CASA DE SALUD , MENARQUIA 14 AÑOS , ALERGIAS NO REFIERE , APP INMEOPIA , APF NO REFIERE , G: 0 P: 0 AB: 0 C: 0 FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION NO RECUERDA SE CALCULA POR ECO TEMPRANO 18-04-2025 , FECHA PROBABLE DE PARTO 223-01-2026 , AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE LEVE DOLOR DE CADERAS Y BAJO VIENTRE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: 3inmunologia Examen Resultado Unidad Rangos Ref. 3.INMUNOLOGIA VDRL NO REACTIVO -- HEPATITIS B HEPATITIS B (HBs Ag) NEGATIVO - Usuario Valida: J

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	Z340		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-19	08:13	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 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
2026-01-19	08:13	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	