

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUGO	HIDALGO	NELY BEATRIZ	08	11	2004	21 años, 7 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314166867	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA A BAHIA y	099-286-9164 / (00)-000-0000
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	1314166867	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06	17
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

3ER CONTROL: PACIENTE EMBARAZADA DE 26.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM (14/12/2025) QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO, FPP 20/09/2026, HISTORIA OBSTÉTRICA: E:1, P: 1 (CESAREA POR PRECLAMPSIA 09/10/2021), A: 0. APP: OBESIDAD. NOS REFIERE MATERNIDAD SATISFECHA, POR LO QUE SOLICITA ESTERILIZACION. REFIERE SENTIRSE MUY BIEN , BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRAMIENTO VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. VACUNACIÓN CONTRA TÉTANOS: OK. SCORE MAMA: 0 RO: 6PTOS ALTO (CONTROL PRENATAL ANTECEDENTES: PRECLAMPSIA 3 PTOS, FACTORES NUTRICIONALES: OBESIDAD 3 PTOS.) SE ENVIA A SU SERVICIO PARA DETERMINAR VIA DE PARTO + ESTERILIZACION. ***0992869164 - 0963232780 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: VIH 1+2 Ag P24: NO REACTIVO, SIFILIS TOTALES: Negativo, Hepatitis B: Negativo, Hepatitis C: Negativo SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: Glóbulos Rojos 3.87 10^6/μL, Hemoglobina 12.1 g/dl, Hematocrito 35.9 %, Volumen Corpuscular Medio (VCM) 92.8 μm³, Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 31.2 pg, Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 33.7 g/dl, Plaquetas 381 10³/μL, Glóbulos Blancos 10.05 10³/μL, Linfocitos 27.24 %, Neutrófilos 60.33 %, Monocitos 4.26 %, Eosinófilos 8.15 %, Basófilos 0.2 %, Grupo Sanguíneo: O Factor Rh: Positivo OTROS ANALISIS: T3 LIBRE: 2.25 pg/ml, T4 LIBRE: 1.19 ng/dL, TSH: 2.56 uIU/ml CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA: UROCULTIVO: NO SE OBSERVAN MICROORGANISMOS . GERMEN AISLADO: SIN CRECIMIENTO BACTERIANO DESPUES DE 48 HORAS. ANTIBIOGRAMA: NO JUSTIFICA. **** GLUCOSA: Glicemia: 86.7 mg/dl, Colesterol 279.1 mg/dl, TAG: 234.4 mg/dl,

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	09:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-06-17	09:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	