

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	PERALTA	MARIUXI TATIANA	04	03	2005	21 años, 0 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314237403	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	AV y	099-727-8816 /
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	1314237403	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4			
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	03	06
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 GESTANTE DE 21 AÑOS , ACUDE A PRIMER CONTROL PRENATAL,CON PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA. CURSANDO EMBARAZO DE 12 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN 12/12/2025 (NO CONFIABLE), FECHA PROBABLE DE PARTO: 18/09/2026, NO PRESENTA ECOGRAFIA, CON RIESGO OBSTETRICO: ALTO 6 PUNTOS (ABORTO + CICATRIZ UTERINA PREVIA + PERIODO INTERGENESICO CORTO 10 MESES + GRAN MULTIPARA + OBESIDAD). SCORE MAMA: 0 AL MOMENTO ESTABLE, AFEBRIL, ASINTOMÁTICA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO,NIEGA CEFALEA, NIEGA SANGRADO, NIEGA SECRECIÓN, NIEGA PÉRDIDA DE LÍQUIDO, NIEGA DOLOR PÉLVICO, NIEGA SINTOMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: PRUEBA BETA HCG CUALITATIVA POSITIVA
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-06	14:58	Obstetricia	TAYRON JEAMPIER MOREIRA MORA	1316234994	

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
2026-03-06	14:58	Obstetricia	TAYRON JEAMPIER MOREIRA MORA	1316234994	