

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	BRAVO	CAROLINA ELIZABETH	28	06	1995	30 años, 6 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	1314346709	MANABI	CHONE	RICAUORTE	BRAZIL y	099-334-6302 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314346709	RICAUORTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	12	30
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 FEMENINA DE 12.3 SEMANAS DE GESTACIÓN QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD Y REFIERE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR SECRECIONES VAGINALES RECURRENTES ASOCIADAS A PRURITO VAGINAL, ALZA TÉRMICA NO CUANTIFICADA Y MALESTAR GENERAL DE APROXIMADAMENTE 48 HORAS DE EVOLUCIÓN, ANTECEDENTE DE INFECCIONES VAGINALES A REPETICIÓN PREVIAS AL EMBARAZO, AL EXAMEN GINECOLÓGICO MEDIANTE ESPECULOSCOPIA SE EVIDENCIA SECRECIÓN BLANQUECINA, GRUMOSA, ADHERENTE A PAREDES VAGINALES, SIN MAL OLOR, CUELLO UTERINO CERRADO, SIN SANGRADO ACTIVO NI SIGNOS DE IRRITACIÓN CERVICAL, SE SOLICITA UROCULTIVO Y CULTIVO DE SECRECIÓN VAGINAL PARA IDENTIFICACIÓN ETIOLÓGICA Y SENSIBILIDAD, SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE GINECOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y MANEJO DEFINITIVO, QUEDANDO PACIENTE ESTABLE, CON SIGNOS VITALES CONSERVADOS Y EN CONDICIONES DE MANEJO AMBULATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	O235	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-30	11:15	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-12-30	11:15	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

