

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ALBIA            | ZAMBRANO         | CYNTHIA NAOMI | 28                  | 12  | 2004 | 21 años, 2 meses, 5 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314422724        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | CDLAWALTON GARCIA y          | 098-242-3497 /      |
| 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                 | 1314422724      | 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  | 05  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE GESTANTE DE 21 AÑOS, ACUDE A CONTROL PRENATAL. CURSANDO EMBARAZO DE 19.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (18/10/2025) (NO CONFIABLE), FECHA PROBABLE DE PARTO: 27/07/2025, Y POR ECOGRAFÍA DEL PRIMER TRIMESTRE (06/12/2025) REPORTA EMBARAZO DE 6.3 LCR: 3.3MM AL DIA DE HOY CON 19.6 SEMANAS DE GESTACIÓN CON RIESGO OBSTÉTRICO: TOTAL 7 MUY ALTO: MALFORMACION UROGENITAL (2) + SOBREPESO (1) + INFECCIONES URINARIAS A REPETICION (2)+ HEMORRAGIA EN LA PRIMERA MITAD DE EMBARAZO(2) SCORE MAMA: 0 AL MOMENTO ESTABLE, AFEBRIL, ASINTOMÁTICA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, TRAE EMO EL CUAL SE ENCUENTRA INFECCIOSO. MARTES 16 PRESENTO DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA. SE ATIENDE DE MANERA PARTICULAR Y MANDAN REPOSO ABSOLUTO + PROGESTERONA. REFIERE QUE EL DIA 18- 19 Y 20 DE DICIEMBRE ES HOSPITALIZADA POR DESCOMPENSACION DEBIDO A MULTIPLES VOMITOS. AL MOMENTO ESTABLE. VIERNES 2 DE ENERO ULTIMO CONTROL ECOGRAFICO, CON LEVE DESPRENDIMIENTO. PACIENTE SIGUE EN CONTROL PARTICULAR. AL MOMENTO NIEGA CEFALEA, NIEGA SANGRADO, NIEGA PÉRDIDA DE LÍQUIDO. NIEGA ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGÍA. PACIENTE CON INFECCION DE VIAS URINARIAS RECURRENTE. ESTUVO EN TRAMAMIENTO CON NITROFURANTOINA, TRAE EMO AUN PATOLOGICO. ACTUALMENTE REFIERE ESTAR ASISTIENDO A CONSULTA PARTICULAR HACE TRES SEMANAS POR INFECCIONES DE VIAS URINARIA, TRATADA CON NITROFURANTOINA DE 100MG CADA 12 H X 6 DIAS. SEDIENDO SINTOMATOLIGIA, EL DIA DE HOY PRESENTA DISURIA, POLIURIA. NO ACUDE CON EXAMNES DE LABORATORIOS ACTUALES. SE ENVIA ORDEN Y SOLICITA REFERENCIA PARA GINECOLOGIA DATOS DE DOMICILIO: WALTON GARCIA REFERENCIA: DONDE DON BAIRON VERA. A LOS LADOS. TELÉFONO:0986943829 DATOS DE CONTACTO: 0988795134 (ESPOSO)/ 1939235545(,MAMA)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS 05/04/2026: HIV NEGATIVO, HEPATITIS B Y C: NO REACTIVO, MALARIA NEGATIVO BIOMETRIA HEMATICA: 07/01/2026: GB 16.5, LINF 4.9%, NEUT 90.5%, GR 3.63, HB 10, HTC 28, MCV 79.1, PLAQ 189000 EMO 07:01:2026: COLOR AMBAR, ASPECTO TURBIO, PH 7, DESNIDAD 1005, PROT ++, GLUCSA +, SANGRE +++, LEUC ++, CELULAS EPITELIALES +, BACTERIA +, LEUCT 16-18 XC, HEMATIES 28-30

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO | O234   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|-------|
| 2026-03-05 | 14:21 | Medicina Rural | JEAN CARLOS LOOR CHICA | 1313627729 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|-------|
| 2026-03-05 | 14:21 | Medicina Rural | JEAN CARLOS LOOR CHICA | 1313627729 |       |