

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	TEJENA	TERESA ELIZABETH	27	05	1995	31 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	1314435247	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EMILIO HIDALGO y SN	098-508-0322 /
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	1314435247	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	05	29
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 31 AÑOS CURSA EMBARAZO DE 26 SEMANAS POR ECOGRAFÍA ... AGO: G1 C1 (DETENCIÓN DE DILATACIÓN) ... PACIENTE CON CATEGORIZACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO ALTO (5) POR SOBREPESO PREVIO AL EMBARAZO + CESÁREA ANTERIOR + PERIODO INTERGENÉSICO PROLONGADO. ***PACIENTE AL MOMENTO NO REFIERE SIGNOS NI SÍNTOMAS DE ALERTA. ***EXAMEN FÍSICO: AFU: 27 cm - FCF: 150 lpm ***PREVIA CONSULTA EN LA UNIDAD OPERATIVA SE REALIZÓ TAMIZAJES DE ITS CORRESPONDIENTE A SEGUNDO TRIMESTRE DE EMBARAZO DE SIFILIS (no reactivo) - HEPATITIS C Y B (no reactivo) ***PLAN: SE GESTIONA REFERENCIA A HOSP. GRAL. DÁVILA CORDOVA. PACIENTE REFIERE DESEO DE LIGADURA TUBARIA. ***MEDICACIÓN: HIERRO + ÁCIDO FÓLICO 60.4mg C/DIA POR 30 DÍAS --- CARBONATO DE CALCIO 500mg C/DÍA POR 30 DÍAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PREVIA CONSULTA EN UNIDAD OPERATIVA SE AGENDARON EXÁMENES DE LABORATORIO EN EL TIPO C CHONE PARA EL DÍA 19/junio

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
2026-05-29	14:15	Obstetricia Rural	YERLIN ISMAEL ZAMBRANO MONCADA	0956029557	

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
2026-05-29	14:15	Obstetricia Rural	YERLIN ISMAEL ZAMBRANO MONCADA	0956029557	

