

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MEJIA	MARIA ALEJANDRA	03	03	2006	20 años, 4 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314435478	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SD y	099-765-5244 /
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	1314435478	ELOY ALFARO	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	07	17
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

GESTANTE DE 20 AÑOS, CON FUM DE 31/12/2025 CORRESPONDIENTE A 28.6 SEMANAS DE GESTACION, ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS GESTAS: 1, CESAREAS: 1. PERIODO INTERGENESICO DE 2 AÑOS 6 MESES, ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES QUIRURGICOS: HERNIA INGUINAL, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE, HABITOS: NO REFIERE. ACUDE A CONSULTA DE OBSTETRICIA POR CONTROL PRENATAL. AL MOMENTO REFIERE PRESENTAR CUADRO CLINICO DE METEORISMO CON 1 DIA DE EVOLUCION, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE QUE COLABORA CON EL INTERROGATORIO, PACIENTE REFIERE QUE LE REALIZARON CESAREA EN SU EMBARAZO ANTERIOR POR ESTRECHEZ PELVICA, MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA PARA VALORACION CON ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

-----BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA-----Recuento de Glóbulos Rojos 4.1 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina ¿ 12.1 g/dL 13 - 17 Hematocrito ¿ 34.2 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 83.5 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 29.5 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 35.4 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 12.9 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 41.6 μm³ Plaquetas 298 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.29 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 9.7 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 12 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 71 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 23.8 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 7.77 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 25 % 25 - 40 Neutrófilos (%) ¿ 67 % 55 - 65 Monocitos (%) 6.4 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 1.3 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.3 % 0 - 2 Linfocitos (#) 1.94 10³/μL 1 - 4.4 Neutrofilos (#) 5.21 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.5 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.1 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.02 -----BIOQUIMICA SANGUINEA----- Glucosa 73.1 mg/dL 70 - 110 Urea 14.02 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.74 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 2.95 mg/dl 2.4 - 6 Colesterol 164.8 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos ¿ 173.9 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 17.95 U/L 0 - 31 TGP/ALT 17.37 -----ECOGRAFIA OBSTETRICA-----FETO UNICO, PRESENTACION CEFALICO, POSICION DORSO IZQUIERDO, SITUACION LONGITUDINAL, PLACENTA: GRADO DE MADUREZ I, UBICACION: ANTERIOR, LATIDOS CARDIACOS FETALES PRESENTES: 130 POR MIN, LIQUIDO AMNIOTICO EN CANTIDAD NORMAL, PESO FETAL EN GRAMOS 472 GRAMOS, MOVIMIENTOS FETALES: OBSERVADOS. IMPRESION DIAGNOSTICA: EMBARAZO DE 22.1 SEMANAS DE GESTACION POR ULTRASONIDO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O 342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	12:27	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	

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
2026-07-17	12:27	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	