

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	VEGA	JELYN STEFANIA	01	07	1998	27 años, 8 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314471325	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARO y PRINCIPAL	098-246-9404 /
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	1314471325	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2026	03	02
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 GESTANTES SEGUNDIGESTA SEGUNPARA CURSA CON EMBARAZO DE 14.3 SEMANAS DE GESTACION POR FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION 21/11/2025, AL MOMENTO NIEGA SANGRADO, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO, AFEBRIL, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: TXOPLASMA NEGATIVO RUBEOLA NEGATIVO CITOMEGALOVIRUS NEGATIVO HERPES TIPO 1 NEGATIVO HERPES TIPO 2 NEGATIVO. BIOMETRIA HEMATICA: HB 12.1 HCT 36.1 PLAQUETAS 346 LEUCOS 10.87 GLUCOSA: GLUCOSA 79 COLESTEROL T 209 TRIGLICERIDOS 192 ACIDO URICO 3.1 UREA 26 CREATININA 0.8 TGO 23 TGP 17.3 T3 LIBRE/TOTAL: T3 TOTAL 2.21 T4 TOTAL 11.21 TSH ULTRASENSIBLE 2.49 ULTRASONIDO: UTERO GESTANTE CON FETO UNICO VIVO DBP 1.88 CM CC 7.35 CM CAB 6.85CM LF 0.99CM EMB DE 13 SEMANAS CON 1 DIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	E039	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-02	11:33	Obstetricia	MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA	1313329672	

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

