

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AVEIGA	SOLORZANO	ALEXI ANABEL	10	09	1997	28 años, 8 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314473792	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA CARLOSALBERTO ARAY y EMILIO HIDALGO	099-083-6380 /
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	1314473792	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06	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 clinico

Usuaría de 28 años, primigesta, acude a primer control prenatal, cursa con embarazo de 16.5 semanas de gestación por Fecha de ultima menstruación 5/02/2026, / estable, afebril al momento. Al examen físico paciente orientada en tiempo y espacio Cabeza: normocefalo, no rash, no fiebre no conjuntivitis , Conjuntivas:normal , Cuello: Tiroides:Visible sin adenopatias;Tórax: Corazón Rítmico, ruidos cardiacos normales ,Pulmones: campos pulmonares claros y ventilados; Mamas: Pezones Formados; Abdomen: gestante/ no se ausculta Frecuencia cardiaca fetal, presentación indeterminada, aumentado de tamaño compatible con edad gestacional, al examen obstétrico altura uterina 15cc, feto doble según ecografía, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, movimientos fetales presentes o ausentes , Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , gasto urinario no cuantificable, oxigenoterapia, al ambiente, Score mama (0) , estado nutricional normal/ previo consentimiento informado se realiza prueba rápida de VIH cuarta generación No reactiva, Sífilis No reactiva, Chagas negativa,Hepatitis B negativo,se solicitan exámenes complementarios y ecografía se interconsultas a Psicología, Nutrición, Odontología, Inmunización, Medicina familiar, tamizaje de violencia negativo, Riesgo Obstetrico Alto, categoría (3), Referida a segundo nivel, se envia tratamiento preventivo para preeclampsia por factores de riesgo, embarazo multiple y primer embarazo, consulta de control en un mes.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: VIH NO REACTIVO, SIFILIS NEGATIVO, CHAGAS NEGATIVO, HEPATITIS B NEGATIVO ULTRASONIDO: UTERO GESTANTE CON PRESENCIA DE 3 SACOS GESTACIONAL DE 9.6 SEMANAS, BUENA CANTIDAD DE LIQUIDOAMNIOTICO EN SU INTERIOR, FETOS PRESENTES VIVOS, SE OBSERVA UN TERCER PRODUCTO SIN VIDA DE 8 SEMANAS APROXIMADAMENTE, FCF 167, FCF B 166, EMBRION NUMERO 3 SIN ACTIVIDAD CARDIACA. CORION PLACENTARIO 1, EMBARAZO MULTIPLE DOS DE ELLOS CON ACTIVIDAD CARDIACA, UN EMBRION SIN ACTIVIDAD CARDIACA ULTRASONIDO: UTERO GESTANTE , CON PRESENCIA DE 2 SACOS GESTACIONALES DE 13 SEMANAS, FETOS PRESENTES VIVOS FETO A FCF 162, FETO B 159XM, CERVIX NORMAL, FETO A HUESO NASAL 2MM, FETO B HUESO NASAL 2.2MM, EMBARAZO GEMELAR DE 13 SEMANAS, FETO A CORION PLACENTARIO DE IMPLANTACION ANTERIOR Y FETO B DE IMPLANTACION POSTERIOR. EMO: QUIMICO Y SEDIMENTO NORMAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EMBARAZO DOBLE	O300		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-02	13:51	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

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
2026-06-02	13:51	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	