

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	MEZA	VANIA NATHALY	07	07	2000	24 años, 5 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	1314510494	MANABI	CHONE	SANTA RITA	JEREMIA VELASQUEZ y	096-907-6132 /
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	1314510494	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		2024	12	12
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 TRIGESTA DE 24 A AÑOS CON 21 SG SEGUN FUM SEGUN ECO: 15-07-2024 Y FPP: 21-04-2025/ AP: NO REFIERE, APQX: CESAREAS Y COLECISTECTOMIA HACE 6A, APF: NO REFIERE/ AGO: G2 P0 A0 C2 (PRIMERA CESAREA DEBIDO A PREECLAMPSIA REFIERE QUE HIJO NACIO DE BAJO PESO, Y SEGUNDA EN 03-2022,SIN COMPLICACIONES) MENARQUIA:13 A, METODO DE PLANIFICACION:SOLUNA. SE SOLICITA REFERENCIA PARA 2 NIVEL POR EMBARAZO DE ALTO RIESGO (ANT DE PREECLAMPSIA+ HIJO DE BAJO PESO AL NACER) + 2CUP. PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DURANTE CONSULTA SE REALIZA PRUEBA CON TIRA REACTIVA DE ORINA OBTENIENDO PROTEINURIA +

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDO A CIRUGIA PREVIA	O342	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-12	09:04	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-12-12	09:04	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

