

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	CEDEÑO	DOLORES GEOMARA	05	04	2001	25 años, 2 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314552355	MANABI	CHONE	SANTA RITA	COÑAQUE RIO GRANDE y	098-063-5131 / (99)-999-9999
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	1314552355	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06	09
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 acude a control prenatal, cursa con embarazo de 29.1 semanas por Fecha de ultima menstruacion 17/11/2025, G5C0A0P4(ultimo hace 1 año 10 meses) paciente asintomatica al examen fisico conciente, orientada no rash, no fiebre, no conjuntivitis, abdomen gestante, al examen obstetrico feto único vivo presentación cefálico, situación longitudinal, altura uterina 29cm, movimientos fetales positivos, frecuencia cardiaca fetal 148lpm.al examen paciente no permite valoración, Extremidades: Inferiores no edemas, no várices , proteína en orina negativa , Score mama 0 , Ganancia de peso Riesgo Obstetrico alto, escala de riesgo 5; gran multipara -3, aborto -1, hermana con preeclampsia-2, IMC mayor 25- 1, Pruebas rápidas realizadas en consultorio: HIV No Reactivo VDRL No Reactivo, Cita en un mes con exámenes y ecografia solicitados. Se realiza referencia para HNDC- Ginecología.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: Pruebas rapidas realizadas en consultorio: HIV No Reactivo VDRL No Reactivo

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	10:09	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

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
2026-06-09	10:09	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

