

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	ZAMBRANO	MARIA GABRIELA	18	04	1993	31 años, 5 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	1314640705	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TABLADA DE SANCHEZ y	099-284-6011 /
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	1314640705	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	10	11
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 31 AÑOS CON 34.2 SG -SEGUN FUM 7/02/2024/ FPP(SEGUN FUM):19-11-2024 // AP:TRASTORNOS HIPERTENSIVOS, APQX:NO REFIERE,APF: HTA ABUELOS, AGO: G2 P A0 C2 (HACE 5 A), MENARQUIA:12 A, METODO DE PLANIFICACION: NINGUNO. RIESGO OBSTETRICO ALTO : 6PTS, P. INTERG +5A, CUP EMB MAYOR A 32 SG ,IMC 38.49

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GESTANTE DE 34.2 SG, CUP 2 (HACE 5 AÑOS) + APP: TRASTORNO HIPERTENSIVO + IMC 38.49
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION ESENCIAL PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO , EL PARTO Y EL PUERPERIO	O 100	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-11	20:00	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
2024-10-11	20:00	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	