

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTRO	MOLINA	CECILIA ANAYS	24	07	1998	27 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	1314641315	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y CDLA LOS NARANJOS 1	099-640-4138 /
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	1314641315	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	04	16
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE GESTANTE PRIMIGESTA NULIPARA CURSA EMBARAZO DE 30.6 SEMANAS DE GESTACION POR ECO TEMPRANO, FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION 14/09/2025 FECHA PROBABLE DE PARTO 10/06/2026, SE OBSERVA A LA PACIENTE EDEMA EN EXTREMIDADES INFERIORES +, PROTEINAS NEGATIVA, AL MOMENTO NIEGA SANGRADO, NIEGA DOLOR PELVICO, NO PERDIDA DE LIQUIDO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, CONCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GLUCOSA: GLUCOSA 60 TGO 22 TGP 10 LDH 375.0 EMO (UROANALISIS DE RUTINA): AMARILLO LIGERAMENTE TURBIO PROTEINAS NEGATIVO GLUCOSA NEGATIVO SANGRE NEGATIVO LEUCOCITOS NEGATIVO BACTERIAS +

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EDEMA GESTACIONAL	O120		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-16	08:49	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

