

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| BRAVO            | VERA             | GEMA KARINA | 01                  | 04  | 1992 | 33 años, 9 meses, 6 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314645811        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | AV MARCOS ARAY y STA MARTHA  | 099-297-3946 /      |
| 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                 | 1314645811                               | 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  | 01  | 07  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad              |                | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GESTANTE SECUNDIGESTA NULIPARA ACUDE A CONTROL PRENATAL POR EMBARAZO DE 21.1 SEMANAS DE GESTACION POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION, (cesareada anterior hace 11 años) REFIERE DOLOR EN REGION SUPRAPUBICA LEVE, CEDE CON EL REPOSO, NO SANGRADO, NO LEUCORREA. NO FIEBRE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 13.1, PLA Q 333, GLUCOSA 101,8, PRUEBAS ESPECIALES: HEPATITIS B NO REACTIVO, VDRL NO REACTIVO, MALARIA NEGATIVO, TCOAGULACION 2MIN, TP 11,5 TTP 26,2 SEG, T4 0.82, TSH, 2.65, CITOLOGIA VAGINAL NGATIVO. ULTRASONIDO: PRODUCTO UNICO VIVO 18,3 SG, PLACENTA ANTERIOR GRADO I, PESO 255GR, FCF 147LPMIN, MOVIMIENTO VISIBLRES, FPP 19/5/2026 EMO: NO PATOLOGICO, NITRITOS Y LEUCOCITOS NEGATIVO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------|--------|-----|-----|
| SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO | Z358   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2026-01-07 | 13:55 | Medicina Familiar Y Comunitaria | HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN | 1006-12-1143810 |       |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |