

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMUDEZ	MACIAS	GINA FERNANDA	22	08	1994	31 años, 6 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	1314658962	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA MUNICIPAL y SN	099-374-2304 /
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	1314658962	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	03	17
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 DE 31 AÑOS DE EDAD ECUATORIANA SECUNDIGESTA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO QUE CONSULTA POR CONTROL PRENATAL SEGUNDO EN ESTA CASA DE SALUD , MANIFIESTA QUE ESTUBO INGRESADA EL 27-02-2026 POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE HIPEREMESIS GRAVIDICA POR 5 DIAS , MENARQUIA 12 AÑOS . ALERGIAS NO REFIERE , APP NO REFIERE , APF NO REFIERE , G: 1 P: 1 AB: 0 C: 0 , FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION 30-11-2025 , FECHA PROBABLE DE PARTO 28-08-2026 , AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE ACIDEZY FLATULENCIA , PESO 39 , FC 132 , P/A 90/60 ,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

3inmunologia Examen Resultado Unidad Rangos Ref. GRUPO SANGUINEO Grupo Sanguineo "B" - Factor Rh POSITIVO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-17	09:48	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	

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 clínico

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
2026-03-17	09:48	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	