

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| BERMUDEZ         | MACIAS           | GINA FERNANDA | 22                  | 08  | 1994 | 31 años, 10 meses, 24 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                               | FLAVIO ALFARO            | CENTRO DE SALUD TIPO B |                           | 13D07 / ZONA 4 |      |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                           |                |      |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                           | Fecha          |      |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Ginecología y Obstetricia |                | 2026 | 07  | 16  |
| 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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE GESTANTE DE 31 AÑOS SIN ANTECEDENTES AGO: G1 P1 C0 A0 SE REALIZA CONTROL DE EMBARAZO CURSANDO EMBARAZO DE 32.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN 30-11-2025 (NO CONFIABLE) FECHA PROBABLE DE PARTO: 06-09-2026, RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO: 7 ( PERIODO INTERGENESICO + 5 AÑOS Y IMC-18 + AMENAZADA DE ABORTO), YA ESTA EN SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA DE HOSPITAL BASICO SAN ANDRES, MISMO CON FALTA DE ESPECIALISTA EN ESTE MOMENTO SEGUIMIENTO Y CON TRATAMIENTO CON NUTRICIONISTA DE DICHO HOSPITAL POR IMC MENOR DE 18, SCORE MAMA: 0, GASTO URINARIO NO CUANTIFICABLE, OXIGENOTERAPIA AIRE AMBIENTE. PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN NO SANGRADO NO DOLOR ECOGRAFIA EMBARAZO DE 30 SEMANAS , CEFALICO DORSO DERECHO, PERCENTIL EN 6 RELACION PEG SE ENVIA A SEGUNDO NIVEL PARA MEJOR ESTUDIO Y TRATAMEITNO PACIENTE SE RETIRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. DOMICILIO: CDLA MUNICIPAL, AL LADO DE IGLESIA EVANGELICA, NUMERO TELEFONICO: 0993742304 DATOS DE CONTACTO VECINA 0989328773. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                         |
|-----------------------------------------|
| ECOGREFIA CON PRODUCCO BAJO PERCENTIL 6 |
|-----------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                      | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------|--------|-----|-----|
| PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL | P051   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------|------------|-------|
| 2026-07-16 | 14:52 | Medicina Familiar Y Comunitaria | SAMANTA BELEN MERA BUITRON | 1720446291 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------|------------|-------|
| 2026-07-16 | 14:52 | Medicina Familiar Y Comunitaria | SAMANTA BELEN MERA BUITRON | 1720446291 |       |

