

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RAMIREZ	PONCE	KAREN MONSERRATE	22	07	1998	27 años, 3 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314678556	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CHAUPARA BAJO y	098-189-4118 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area			
MSP	1314678556	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4			
Refiere o Deriva a:					Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	11	06
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 GESTANTE DE 27 AÑOS, ACUDE A CONTROL PRENATALSUBSECUENTE, CURSA CON EMBARAZO DE 30 SEMANAS POR FUM Y 30.4 SEMANAS POR ECOGRAFIA, SCORE MAMÁ: 0 PUNTOS. CATEGORIZACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO + CICATRIZ UTERINA PREVIA HACE 2 AÑOS). PACIENTE NIEGA SANGRADO, NIEGA SECRECIÓN VAGINAL, NIEGA PRURITO, NO DISURIA, NO REFIERE CEFALEA, NI SÍNTOMAS DE VASOESPASMO. AGO: EMB: 1 PARTO 0 CESAREA 1 ABORTOS: 0. FUM: 08/04/2025, FPP: 10/01/2026. EN EMBARAZO ANTERIOR IDUCCION DE PARTO FALLIDA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AU: 30CM, DORSO DERECHO, CEFALICO. ECOGRAFIA 05/11/2025: EMBARAZO DE 30.4 SEMANAS, CEFALICO, CINETICA NORMAL. FCF: 154 PLACENTA POSTERIOR FUNDAL. ILA: 15CM PESO FETAL: 1589GR ACORDE A EDAD GESTACIONAL HUESO NASAL NORMAL TRACTO DE SALIDA DE GRANDES VASOS NORMALES CERVIX NORMAL SE OBSERVA DACRIOCISTOCELE EN GLOBO OCULAR IZQUIERDO.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-06	11:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2025-11-06	11:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

