

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COBEÑA	REYES	ESTHER ALEJANDRA	02	02	2001	25 años, 2 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314702893	MANABI	CHONE	RICAURTE	GARRPATA y GARRAPATA	098-795-0641 /
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	1314702893	RICAURTE	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	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 FEMENINA DE 25 AÑOS CURSANDO TERCERA GESTACIÓN, AL MOMENTO CURSANDO 32.6 SEMANAS POR FUM (25/08/2025 CALCULADA POR ECOGRAFÍA), CON ANTECEDENTE DE ANEMIA LEVE DETECTADA EN ESTE EMBARAZO A QUIEN SE LE ESTIMA EL SIGUIENTE RIESGO OBSTÉTRICO: CICATRIZ UTERINA PREVIA POR CESÁREA ANTERIOR (2 PUNTOS), OBESIDAD TIPO III PRECONCEPCIONAL (3 PUNTOS), PERIODO INTERGENÉSICO MAYOR DE 5 AÑOS (1 PUNTO), LO QUE DA UN TOTAL DE 6 PUNTOS (RIESGO ALTO); POR ESTE MOTIVO, SE REALIZA LA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA CONSIDERAR LA ATENCIÓN DE PARTO POR VÍA ALTA Y SU RESPECTIVA PROGRAMACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

2026-02-19 ULTRASONIDO: FETO ÚNICO. CEFÁLICO, DORSO LATERAL IZQUIERDO. CORAZÓN: 4 CÁMARAS 144LPM. PESO: 1384. ILA:12.96. EMBARAZO DE 28.6 SG

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
2026-04-06	17:26	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-04-06	17:26	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

