

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	VERA	MELANY DAYANA	09	02	2005	20 años, 10 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314776525	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA BOWEN y	096-322-5924 /
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	1314776525	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	12	30
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 acude a control prenatal, cursa con embarazo de 31,4 semanas por fecha de ultima menstruacion 24/05/2025, trae resultados de examens de laboratorio 29/12/2025 y ecografia realizada particular el 05/12/2025, paciente al momento asintomatica, al examen fisico conciente, orientada no rash, no fiebre, no conjuntivitis, facies y conjuntivas rosadas, mucosa orales humedas, mamas simétricas no dolorosas, al examen obstetrico feto único vivo presentación cefálico, situación longitudinal, dorso derecho, altura uterina 31cm, movimientos fetales positivos, frecuencia cardiaca fetal 170 lpm, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores no edemas, no várices , proteína en orina no se realiza no se dispone , oxigenoterapia aire ambiente, gasto urinario no aplica, Score mama 2 , Ganancia de peso adecuada, Riesgo Obstetrico alto, Escala de Riesgo (2 puntos: madre con antecedente de preeclampsia) se explican signos de alarma y señales de peligro en caso de presentar alguno acudir a casa de salud de referencia, referencia a segundo nivel de atención, I/C área emergencia para valoración y monitoreo fetal.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: HIV NO REACTIVO VDRL NO REACTIVO Hepatitis B (HBsAg) Negativo PALUDISMO NEGATIVO BIOMETRIA HEMATICA: Hemoglobina 12,6 Hematocrito 37.6 Plaquetas 283 GLUCOSA: Glucosa 89.8 urea 18.63 creatinina 0,77 ac urico 2.31
ULTRASONIDO: feto vivo cefalico , fcf 140 latidos movimientos fetales positivos embarazo 27.6 semanas por eco peso 1145 gramos, placenta anterior grado II, ILA 15cm, se observa a nivel de porcion muscular del tabique interventricular se observa CIV que mide 1.3mm ademas se observa foco ecogenico del ventriculo izquierdo , base pulmonar derecha con area levemente ecogenica compatible con MAC tipo I mide 18*13mm, estudio realizado particular. EMO: leucocitos 8-10 bacterias ++ cel epiteliales 5-7 moco+ cristales de oxaloato de calcio + ph 6

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-30	08:20	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

Firmado electrónicamente por:
**KAREN KATIUSKA
VIVAS MICOLTA**
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-30	08:20	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	