

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	LOOR	FERNANDA ESTEFANIA	09	08	2000	25 años, 7 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314798602	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA	096-128-7593 /
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	1314798602	SANTA MARTHA	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	03	13
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 clinico

PACIENTE GESTANTES PRIMIGESTA PRIMIPARA CURSA CON EMBARAZO DE 27.4 SEMANAS DE GESTACION POR FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION 02/09/2025, AL MOMENTO SE OBSERVA EDEMA EN EXTREMIDADES INFERIORES ++ PACIENTE REFIERE LLEVAR 15 DIAS APROXIMADAMENTE CON EDEMA. NIEGA SANGRADO, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO, AFEBRIL, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, SE LE INDICAN SIGNOS DE ALARMA. GESTANTE REFIERE LLEVAR DE FORMA PARTICULAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: EMB DE 24.3 SEMANAS DE GESTACION, ILA NORMAL, PLACENTA FUNDICA POSTERIOR GRADO II, ARTERIAS UTERINAS NORMALES. UREA: UREA 14.55 NITROGENO URECO 6.80 CREATININA 0.49 ACIDO URICO 3.67 TGO 13.14 TGP 12.56 CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA: GERMEN AISLADO LACTOBACILLUS SPP CONTAJE >10.000 NO JUSTIFICA ANTIBIOGRAMA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EDEMA GESTACIONAL	O120		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-13	08:38	Obstetricia	MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA	1313329672	

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

