

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BERMUEDES        | CEDEÑO           | JESSICA YESENIA | 04                  | 04  | 1992 | 33 años, 4 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        | 1314806637        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | LA HUMEDAD y                 | 097-869-3765 /       |
| 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                 | 1314806637      | ELOY ALFARO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2025  | 08  | 25  |
| 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

GESTANTE DE 33 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE RELEVANCIA, NIEGA ALERGIAS, AGO: G:5 P:5 PIG: 2 AÑOS 9 MESES, FUM: 22/12/2024, FPP: 28/09/2025, CATEGORIZACIÓN DE RIESGO OBSTETRICO: RIESGO OBSTETRICO ALTO (GRAN MULTÍPARA + OBESIDAD). CURSA CON EMBARAZO DE 35.1 SG POR FUM Y 35.6 SG POR ECOGRAFÍA DEL 25/06/2025 CON 27.1 SG. ACUDE AL CENTRO DE SALUD PARA SU CUARTO CONTROL PRENATAL, PACIENTE DE MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES SIN NINGÚN SIGNO O SÍNTOMA DE ALARMA, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS NEUROLÓGICAS, AFEBRIL. SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

25/06/2025 ULTRASONIDO: FETO UNICO, VIVO, SITUACION: LONGITUDINAL; PRESENTACION: PODALICO; DORSO: IZQUIERDO; ACTIVIDAD CARDIACA: PRESENTE; MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES; PLACENTA FUNDICA GRADO I; LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL: ILA DE 18.26; CIRCULAR DE CORDON NO; DX: GESTACION UNICA ACTIVA DE MAS O MENOS 27.1 SEMANAS; FCF DE 154 LPM, CON PESO DE 1041 GRAMOS MAS MENOS 156 GRAMOS CON PERCENTIL NORMAL; FPP: 23/09/2025

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS | O321   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-08-25 | 10:36 | Medicina Rural | MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS | 1313263269 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-08-25 | 10:36 | Medicina Rural | MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS | 1313263269 |       |

