

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTILLO	BARRE	MARIA LORENA	01	04	1987	38 años, 4 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314925254	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA BOYACA y 30 DE MARZO	098-048-9338 / (99)-999-9999
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	1314925254	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología	2025	03	09
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 SECUNDIGESTA NULIPARA (CESARA HCE 6 AÑOS) REFIERE PRUEBA DE EMBARAZO REALIZADA EN ORINA EN TIPO C POSITIVA DONDE ADEMÁS REALIZARON ECOGRAFIA Y ENVIARON TRATAMIENTO MEDICO CON OVULOS POR INFECCION URINARIA, REFIERE QUE PRSENTA DOLOR EN REGION PELVICA LEVE, LEVE SANGRADO TRANSVAGINAL. ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS SE APLICA INSULINA 20 UI DIARIAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: HB NO REACTIVO, VIH NO REACTIVO, VDRL NO REACTIVO, INMUNOLOGIA: CHGAS Y HEPATITIS C NO REACTIVO SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 8.4, PLAQ 395 ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 11,6SEMANAS DE GESTACION, FPP 19/2/2026 EMO: CELULAS EPITEIALES 20 X 25XC, PSEUDOHIFAS ++ GLUCOSA: 375.7VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, SIN MENCION DE COMPLICACION	E119		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-28	12:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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
2025-08-28	12:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	