

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINARGOTE	OSTAIZA	ANGELICA ANNABELLY	22	12	1994	30 años, 8 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314965151	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	098-525-6555 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314965151	SAN ANTONIO	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	09	16
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

☐

EMBARAZO DE 30.4 SG ,
CON ALTO RIESGO OBSTETRICO. GANANCIA EXCESIVA DE PESO Y ANEMIA

3. Resumen del cuadro clinico

GESTANTE DE 30 AÑOS DE EDAD MULTIPARA , DE FUM DESCONOCIDA QUE ACUDE A PRENATAL, ECOGRAFÍA TEMPRANA DE CON FECHA 18/06/2025 CON 17.4 SG CUENTA ACTUALMENTE CON 30.3 SEMANAS PROBABLE DE PARTO 22/11/ /2025 PACIENTE REFIERE BUEN ESTADO GENERAL, SIN NÁUSEAS O VÓMITOS, NO REFIERE SANGRADO VAGINAL, RESENTA PRURITO VULVAR , NO ENFERMEDADES FEBRILES, NI EXANTEMAS, ANTES NI DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL, TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO .COLABORADORA CON EL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE SECRECION BLANQUECINA GRUMOSA NO FETIDA , ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD / SCORE MAMA: 0 RO: 7 PUNTOS= MUY ALTO (PIG >5 AÑOS, HERMANA CON PREECLAMPSIA, OBESIDAD.) NUEVO TELEFONO 0962831007

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COMPLICACION RELACIONADA CON EL EMBARAZO, NO ESPECIFICADA	O269		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-16	09:35	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	 Firmado electrónicamente por: LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ



Firmado eletronicamente por:
LADY GEMA SÁ VEDRA
MUNOZ
Validado eletronicamente com 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
2025-09-16	09:35	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	