

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENZUELA	LOOR	ANGIE JAMILETH	25	04	1998	28 años, 2 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314982024	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	LOS ALGARROVOS y LOS ALGARROVOS	099-945-0816 /
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	1314982024	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	07	13
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

6TO CONTROL: PACIENTE PRIMIGESTA DE 30 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM (15/12/2025) QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO, FPP 21/09/2026, HISTORIA OBSTÉTRICA: E:0, P: 0, A: 0. APP: OBESIDAD. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE MUY BIEN , BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NIEGA PERDIDAS DE LIQUIDO NIEGA SANGRADO VAGINAL, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. VACUNACIÓN CONTRA TÉTANOS. SCORE MAMA: 0 RO: 5PTOS ALTO (FACTORES NUTRICIONALES: OBESIDAD 3 PTOS, GLUCEMIA MAYOR 92mg/dl 2PTOS). PACIENTE NO TRAE LABORATORIOS SOLICITADOS EN CONSULTA ANTERIOR*** SOLO TRAE GLUCOSA EN 96 BASAL A LA HORA 176MG/DL. TELEFONO 0999450816

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SOLO TRAE GLUCOSA EN 96 BASAL A LA HORA 176MG/DL.

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
2026-07-13	15:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-07-13	15:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

