

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	ROSADO	CARLA DANIELA	21	02	1994	31 años, 11 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315093714	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TABLADA DE SANCHEZ y	097-879-0221 /
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	1315093714	SANTA RITA	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	01	26
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	☐	PRESENTACIÓN ANÓMALA FETAL (PODÁLICO)	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 31 AÑOS CON EMBARAZO DE 32.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM: 12/06/2025 FPP: 19/03/2026 AGO: G3 P2 A1 CON CATEGORIZACIÓN DE RIESGO BAJO (1) POR HISTORIAL DE ABORTO. SE INDICA SIGNOS DE ALARMA. SE REALIZA TAMIZAJE DE VIOLENCIA HVC (NO REACTIVO) NO SE DISPONE EN ESTABLECIMIENTO REACTIVOS DE HIV - SÍFILIS - HVB. SE REALIZA MANIOBRAS DE LEOPOLD, AUSCULTACIÓN DE FCF, MEDICIÓN DE ALTURA UTERINA. SE REALIZA REFERENCIA A HOSP. GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA POR MOTIVO DE PRESENTACIÓN ANÓMALA FETAL (PRESENTACIÓN PODÁLICO).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: HIV: NO REACTIVO ACIDO FOLICO SERICO E INTRAERITROCITARIO: HB: 11.7 - HCTO: 33% - PLAQ: 202.000 GLUCOSA: GLUCOSA: 73 ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 31 SEMANAS DE GESTACIÓN. PRESENTACIÓN PODÁLICO. ILA: 19.38 CC. FCF: 145 LPM. SEXO FEMENINO EMO (UROANALISIS DE RUTINA): EMO: NO INFECCIOSO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS	0321		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-26	13:41	Obstetricia Rural	YERLIN ISMAEL ZAMBRANO MONCADA	0956029557	

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
2026-01-26	13:41	Obstetricia Rural	YERLIN ISMAEL ZAMBRANO MONCADA	0956029557	

