

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | ANDRADE          | NUVIA FRANCISCA | 20                  | 06  | 1989 | 36 años, 5 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        | 1315099588        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | SITIO MASCARA y SN           | 098-536-4835 /      |
| 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                 | 1315099588      | FLAVIO ALFARO            | CENTRO DE SALUD TIPO B | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2025  | 11  | 25  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE GESTANTE DE 36 AÑOS, ACUDE A CONTROL PRENATAL, CURSANDO EMBARAZO DE 16.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN (30/07/2025) (NO CONFIABLE), FECHA PROBABLE DE PARTO: 6/05/2026, Y POR ECOGRAFÍA DEL PRIMER TRIMESTRE REALIZADA EL 23/09/2025. REPORTA 8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN AL DÍA DE HOY 17 SEMANAS, CON RIESGO OBSTETRICO: 5P ALTO (GESTANTE MAYIR DE 35 AÑOS:1 P EMBARAZO ECTOPICO: 1 P CICATRIZ UTERINA PREVIA CON MAS 32 SEMANAS:2 TRES FACTORES DE ANTECEDENTES: 3PUNTOS SOBREPESO 1 P: 8 PUNTOS ) TOTAL 8 PUNTOS. SCORE MAMA: 0 AL MOMENTO ESTABLE, AFEBRIL, ASINTOMÁTICA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, NIEGA CEFALEA, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA SANGRADO, NIEGA PERDIDA DE LÍQUIDO. NIEGA ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGÍA. NUMERO DE TELEFONO:0985364835 DOMICILIO: A UNA CUADRA DEL CENTRO DE SALUD. PACIENTE EN EXAMENES DE LABORATORIO PRESENTA TOXOPLASMA POSITIVO IGM POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A CHONE DADO GINECOLOGA DEL HOSPITAL BASICO SAN ANDRES HA RENUNCIADO. NO TENEMOS ESPECIALISTA EN FLAVIO ALFARO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: TOXOPLASMA IGG:NEGATIVO TOXOPLASMA IGM:POSITIVO RUBEOLA IGG:NEGATIVO RUBEOLA IGM:NEGATIVO  
CITOMEGALOVIRUS IGG:NEGATIVO CITOMEGALOVIRUS IGM:NEGATIVO HERPES SIMPLEX IGG:NEGATIVO HERPES SIMPLEX IGM:NEGATIVO  
HEPATITIS B Y C: NEGATIVO INMUNOLOGIA: ANTI TOXOPLASMA IGM 9.73: REACTIVO >1.1 COI SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS:  
LEUCOCITOS: 6.44 NEUTROFILOS%:4.17 LINFOCITOS%:1.56 HEMOGLOBINA:12 HEMATOCRITO:35.1 VOLUMEN CORPUSCULAR  
MEDIO:84.0 PLAQUETAS: 205 GLUCOSA: 79.22 EMO (UROANALISIS DE RUTINA): FÍSICO: COLOR: AMARILLO. ASPECTO: TURBIO.  
QUIMICO: PH: 6.0. DENSIDAD: 1.020 LEUCOCITOS: - NITRITOS: - PROTEINAS:-. GLUCOSA:-. C. CETÓNICOS:-, UROBILINÓGENO:-  
.BILIRRUBINA:-. AC ASCORBICO:- SANGRE:- SEDIMENTO: C. EPITELIALES 2-6 BACTERIAS + LEUCOCITOS 1-5 PIOCITOS 2-4 HEMATIES 7-  
9 MOCO + CILINDROS NEGATIVO CRISTALES OXALATO DE CALCIO +++ OTROS CRISTALES NEGATIVO LEVADURAS NEGATIVO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                                                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS INFECCIONES CON UN MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL QUE COMPLICAN EL EMBARAZO , PARTO Y PUERPERIO | O983   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-25 | 13:56 | Medicina Rural | ALEJANDRA MISHELL GOYES LOOR | 1316102464 |       |

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 |
| 2025-11-25 | 13:56 | Medicina Rural | ALEJANDRA MISHELL GOYES LOOR | 1316102464 |       |