

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	VELASQUEZ	MERCY NICOLLE	29	05	2002	23 años, 5 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315103778	MANABI	CHONE	CONVENTO	17 ABRIL y	096-046-7782 /
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	1315103778	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	11	20
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

PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD FUM: 15/08/2025 AGO: G1 P1 A0 C0 FUP: 24/07/2024, APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, AQX: APENDICECTOMIA, ALERGIA: NO REFIERE, HABITOS: NO REFIERE. HOY CURSA EMBARAZO DE 14 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECO REALIZADA EL 08/10/2025 CON REPORTE DE 7.6 SG, FPP 22/04/2026 ACUDE A CONSULTA EN ESTA UNIDAD DE SALUD PARA SEGUNDO CONTROL PRENATAL, REFIERE SANGRADO NASAL TODOS LOS DIAS POR LAS MAÑANAS DE MANERA MODERADA. AL MOMENTO AFEBRIL, EUPNEICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA ES SUS ESFERAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GESTANTE DE 14 SG CON EPISTAXIS DE MANERA MODERADA POR LAS MAÑANAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPISTAXIS	R040		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-20	08:20	Obstetricia Rural	MICHAEL GABRIEL CRUZ JORDAN	0944322874	

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 clínico

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
2025-11-20	08:20	Obstetricia Rural	MICHAEL GABRIEL CRUZ JORDAN	0944322874	