

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	RIVADENEYRA	GENESIS THALIA	01	09	1998	27 años, 4 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315323160	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	ZAPALLITO y SN	098-739-2358 /
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	1315323160	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	01	07	
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 DE 27 AÑOS DE EDAD ECUATORIANA SECUNDIGESTA TNULIPARA, MULTIPARA O GRAM MULTIPARA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO QUE CONSULTA POR CONTROL PRENATAL PRIMER EN ESTA CASA DE SALUD , MENARQUIA 13 AÑOS , ALERGIAS NO REFIERE , APP NO REFIERE , APF MADRE ARTRITIS REUMATOIDEA , G: 1 P: 0 AB: 1 C:0 , FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION 22-05-2025 , FECHA PROBABLE DE PARTO 26-02-2026 , AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE PRURITO GENERALIZADO MARCADOS EN MANOS Y PIES CON 20 DIAS DE EVOLUCION .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: AST 68.09 ALT 132.74 GAMMA GT: 24.88 FOSFATASA ALCALINA: 336.57 LIPASA: 35.5 AMILASA: 46.09

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DEL HIGADO EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O266		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-07	12:17	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	

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
2026-01-07	12:17	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	