

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	BRIONES	BETSY LISSETH	06	01	2000	26 años, 2 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315511947	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN ANDRES y	099-805-3550 / (99)-999-9999
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	1315511947	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	04	01
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	☐	ALTO RIESGO OBSTÉTRICO	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 26 AÑOS. CURSA EMBARAZO DE 9.3 SEMANAS POR FUM: 25/1/2026 (no confiable) ... AGO: G1 C1 (POSICIÓN ANÓMALA FETAL - TRANSVERSO) ... PACIENTE ACUDE A SU CONTROL PRENATAL # 1 — CON CATEGORIZACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO ALTO (6) POR CESÁREA ANTERIOR + SOBREPESO + PACIENTE DIAGNOSTICADA CON VIH ... PACIENTE REFIERE LLEVAR CONTROLES DE CARGA VIRAL + TRATAMIENTO CON ANTIRETROVIRALES DESDE EL 2018. MENCIONA QUE ÚLTIMA PRUEBA DE CARGA VIRAL RESULTÓ INDETECTABLE. MENCIONA QUE CADA 3 MESES SE REALIZA LOS EXÁMENES. REFIERE QUE SE TRATA EN PORTOVIEJO Y SU PRÓXIMA CITA ES EL JUEVES 9/marzo. REFIERE TOMAR EL ANTIRETROVIRAL (TDF + 3TC + DTG) TODAS LAS NOCHES. AL MOMENTO PACIENTE NO REFIERE SIGNOS NI SÍNTOMAS DE ALERTA ... SE REALIZA TAMIZAJES DE ITS DE HIV (reactivo) - SÍFILIS (no reactivo) - HVC (no reactivo) - HVB (no reactivo) - CHAGAS (no reactivo) ... ***PLAN: SE ENVÍA A REALIZARSE EXÁMENES DE LABORATORIO DE CONTROL (SE AGENDA CITA EN CS TIPO C CHONE PARA EL DÍA 23/4/2026 ACUDIR TEMPRANO 7:30am) + ECOGRAFÍA DE PRIMER TRIMESTRE ... ***MEDICACIÓN: HIERRO + ACIDO FOLICO 60.4MG C/DÍA POR 30 DÍAS. ***INDICACIONES: SE BRINDA ASESORÍA EN NUTRICIÓN Y ANTICONCEPCION. SE BRINDA EDUCACION PRENATAL. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA. SE BRINDA ASESORÍA DE LIBRETA INTEGRAL DE SALUD, SE ENTREGA Y SE LLENA. ***SE REALIZA INTERCONSULTA CON MED. FAMILIAR + REFERENCIA A HOSP. GRAL. NAPOLEÓN DÁVILA CORDOVA A SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ENDOCRINOLOGIA: B-HCG: positivo // SE SOLICITÓ EXÁMENES DE CONTROL + ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O987		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-01	11:21	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
2026-04-01	11:21	Obstetricia Rural	YERLIN ISMAEL ZAMBRANO MONCADA	0956029557	