

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	NAPA	LAURA AURENTINA	01	06	2006	19 años, 9 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315515641	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	COOP 6 JULIO y SN	098-827-2032 /
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	1315515641	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Emergencia	Ginecología y Obstetricia	2026	03	11
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 GESTANTE DE 19 AÑOS , ACUDE A PRIMER CONTROL PRENATAL EN ESTA UNIDAD CURSANDO EMBARAZO DE 34.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN 11/07/2026 (NO CONFIABLE), FECHA PROBABLE DE PARTO: 17/04/2026, CON RIESGO OBSTETRICO: ALTO PUNTAJE 7 (CICATRIZ UTERINA PREVIA + OBESIDAD+ GESTANTE 19 AÑOS) . SCORE MAMA: 0 AL MOMENTO ESTABLE, AFEBRIL, ASINTOMÁTICA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO,NIEGA CEFALEA, NIEGA SANGRADO, NIEGA SECRECIÓN, NIEGA PÉRDIDA DE LÍQUIDO, NIEGA DOLOR PÉLVICO, NIEGA SINTOMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA REPORTA EMBARAZO UNICO VIVO 36.6 SG. ILA 22 CM. FCF 172 LPM.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O 342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-11	11:41	Obstetricia	TAYRON JEAMPIER MOREIRA MORA	1316234994	

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
2026-03-11	11:41	Obstetricia	TAYRON JEAMPIER MOREIRA MORA	1316234994	