

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	SOLORIZANO	IRENE RAQUEL	29	02	2008	17 años, 10 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315572634	MANABI	CHONE	CANUTO	MOCORAL 1 y	098-416-8603 /
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	1315572634	CANUTO	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	01	06
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 PRIMIGESTA DE 17 AÑOS, EN CONTROL PRENATAL SEGUN NORMATIVAS DEL MSP , RESIDENTE DE MOCORAL 1 A 200 METROS DE LA ENTRADA PRINCIPAL , Telf : 0984168603 , AUTOIDENTIFICACION : MESTIZA , SE DA CHARLA DE PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE Y DECIDE PARIR : ACOSTADA , PERSONA QUE CASO DE EMERGENCIA SUEGRA JESENIA FLACONES SUEGRA , CURSA ACTUALMENTE 33.6 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION 15 /05/2025. APP : NO REFIERE , APF : NO REFIERE , ALERGIA : NO REFIERE , AGO : GESTAS 0 , MENARQUIA 13 AÑOS , INCIO DE ACTIVIDAD SEXUAL : 17 AÑOS , MENCIONA QUE VIVE CON SUEGROS Y PAREJA , SE SIENTE ACEPTADA POR TODOS , EXAMEN FISICO : ABDOMEN GLOBULOSO , ALTURA UTERINA : 27 CM , FRECUENCIA CARDIACA FETAL : 150 A 155 LPM , POSICION : TRANSVERSO , AL MOMENTO NO EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES , NO SANGRADOS , NO SECRECION , NO RASH , PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO , AFEBRIL , SE INDICA SUPLEMENTACION CON HIERRO - ACIDO FOLICO 60 MG/400MCG QD VO EN AYUNAS , NO SE ENTREGA POR NO DISPONER EN STOCK , CALCIO PRENATAL 1.500 MG DESPUES DE ALMUERZO. ,ESQUEMA DE VACUNACION : APLICACION DE TDAP . TOXOIDE TETÁNICO DIFTERICO (TD) : COMPLETO , SE DA CONSEJERIA DE ALIMENTACION SALUDABLE , SE BRINDA CONSEJERÍA SOBRE SIGNOS DE ALARMA (CEFALEA INTENSA, VISIÓN BORROSA. SANGRADO VAGINAL, PERDIDA DE LIQUIDO AMNIÓTICO, DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES). ALIMENTACIÓN SALUDABLE. LACTANCIA MATERNA Y PLANIFICACION DE PARTO Y TRANSPORTE, SE PROGRAMAN CONTROLES PRENATALES REGULARES PARA GARANTIZAR UNA EVOLUCIÓN ADECUADA DEL EMBARAZO Y PREVENIR COMPLICACIONES. , PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTETRICO BAJO: EDAD 17 AÑOS :1P ,). SCORE MAMA : CERO , SE REVIS EXAMENES DE LABORATORIO QUE REPORTAN HB 10MG/DL. TAMBIÉN SE REVIS ECOGRAFIA DEL 30/12/2025 DONDE REPORTA EMBARAZO DE 32.1 SEMANAS EXTRAPOLADA AL DIA DE HOY (33.1 SG) QUE REPORTA: HALLAZGOS EN RELACIÓN CON EMBARAZO DE 32 SEMANAS 0 DÍAS POR BIOMETRÍA FETAL, CON BAJO PESO PERCENTIL 8.08 % , PRESENTACIÓN CEFÁLICA DORSO DERECHO, ESTUDIO MORFOLÓGICO DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, PLACENTA FÚNDICA POSTERIOR GRADO I. LÍQUIDO AMNIÓTICO: ILA 12.82 CM, CON FPP DE POR ECOGRAFÍA: 24 DE FEBRERO DE 2026. SE REALIZA REFERENCIA A ESPECIALISTA. SE VUELVE A EXPLICAR SIGNOS DE LA ALARMA Y SEÑALES DE PELIGRO EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA ACUDIR AL HOSPITAL DE REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: HALLAZGOS EN RELACIÓN CON EMBARAZO DE 32 SEMANAS 0 DÍAS POR BIOMETRÍA FETAL, CON BAJO PESO PERCENTIL 8.08 % . PRESENTACIÓN CEFÁLICA DORSO DERECHO. ESTUDIO MORFOLÓGICO DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. PLACENTA FÚNDICA POSTERIOR GRADO I. LÍQUIDO AMNIÓTICO: ILA 12.82 CM. FPP DE POR ECOGRAFÍA: 24 DE FEBRERO DE 2026. PESO ESTIMADO: 1758 GRAMOS ± 257 G. PERCENTIL DE CRECIMIENTO DISMINUIDO: 8.08 % LABORATORIOS: HEMOGLOBINA: 10 , HEMATOCRITO: 26.5, VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM): 99, HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM): 37.3 GLUCOSA: 80

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL	O365	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-06	10:47	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

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
2026-01-06	10:47	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	