

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| NAVARRETE        | TRIVIÑO          | ALISSON ISABEL | 26                  | 01  | 2001 | 25 años, 3 meses, 24 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                     | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|-------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315577294        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | 24 DE MAYO y MAGDALENA DAVALO | 097-911-1040 /      |
| 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                 | 1315577294      | SANTA MARTHA             | 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  | 05  | 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 GESTANTES PRIMIGESTA NULIPAPARA CURSA CON EMBARAZO DE 25.4 SEMANAS DE GESTACION POR FECHA DE LA ULTIMA MENSSTRUACION 17/11/2025 FECHA PROBABLE DE PARTO 30/08/2026. ECOGRAFIA DEL DIA 23/2/2026 SE EVIDENCIA EMB GEMELAR DE 13.1 SEMANAS DE GESTACION. AL MOMENTO NIEGA SANGRADO, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO, AFEBRIL, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. PACIENTE REFIERE LLEVAR CONTROLES PARTICULARES DONDE SUPLEMENTAN Y MEDICAN, CONTROLES PARTICULARES MENORES A LAS 20 SEMANAS. RIESGO OBSTETRICO ALTO 6 PUNTOS (OBESIDAD IMC >30) 3 PUNTOS, (EMB MULTIPLE) 3PUNTOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: A LOS ULTRASONIDOS EMBARAZO GEMELAR CON AMNIOS DE SEPARACION FINO, PROBABLE MONOAMNIOTICO, CORRESPONDIENTE A 22.1 SEMANAS DE GESTACION, FETO VIVOS, CINETICAS MOVIMIENTOS CORPORALES, TONO Y REFLEJOS NORMALES, PRESENTACIONES FETALES FETO A CEFALICA CON DORSO IZQUIERDO FETO B TRANVERSA CON POLO CEFALICO A LA IZQUIERDA. ILA NORMAL 21 PLACENTA LOCALIZADA EN CARA ANTERIOR DEL UTERO HOMogeneidad normal arterias uteinas NORMALES.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico    | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------|--------|-----|-----|
| EMBARAZO DOBLE | O300   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|--------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-05-20 | 15:11 | Obstetricia  | MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA | 1313329672 |       |

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 |
|------------|-------|--------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-05-20 | 15:11 | Obstetricia  | MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA | 1313329672 |       |

