

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	ZAMBRANO	MARIA FERNANDA	01	05	1996	30 años, 0 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315579993	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SITIO MATAPALO ADENTRO y MATAPALO ADENTRO	096-311-5493 /
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	1315579993	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	05	05
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

MULTIGESTA 30 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU TERCER CONTROL PRENATAL A ESTA UNIDAD, FUM: 09/12/2025, FPP: 15/09/2026, CURSA CON 21 SEMANAS POR FUM SI CONFIABLE, EMBARAZO NO PLANIFICADO, USABA METODO DE BARRERA, APP: NO REFIERE, APF: DIABETES, HTA, AGO: G3 A0 C3 P0, ULTIMA CESAREA 2021, ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 12 AÑOS, INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 19 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, SE DEDICA A LA CASA EN LA ACTUALIDAD SENTIRSE BIEN, NIEGA SANGRADOS, NIEGA SECRESION VAGINAL, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO, SCORE MAMA: 0, RIESGO OBSTÉTRICO MUY ALTO 7 PUNTOS, TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. telefono 0987698418

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.....

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	11:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-05-05	11:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

