

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OLMEDO	CASTILLO	MARIA ANGELICA	29	08	1998	27 años, 9 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315678803	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	KM 80 VIA PAMBILAR y SN	096-830-2299 /
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	1315678803	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06	16
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

GESTANTE DE 27 AÑOS CON EDAD GESTACIONAL DE 24,4 SEMANAS HGOÑ G2P2 NV 2, FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN 18-10-2025 (NO CONFIABLE) O POR ECO DE PRECOZ 15-01-2026 CON 12.5 SEMANAS DE GESTACION HOY, FECHA PROBABLE DE PARTO: 26-07-2026, CON RIESGO OBSTETRICO ALTO: 8 (PERIODO INTERGENESICO 8 AÑOS, SOBREPESO, GLUCEMIA BASAL 99 MG/DL) SCORE MAMA: 0, GASTO URINARIO NO CUANTIFICABLE, OXIGENOTERAPIA AIRE AMBIENTE. PACIENTE TRAE LABORATORIOS CON GLUCOSAS BASAL 88 MG/DL,, CARGA DE GLICOLA 50, GLUCOSA 1 HORA 112.00 MG/DL GLUCOSA 2 HORAS 76 MG/DL . PACIENTE AL MOMENTO ESTABLE, AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, NIEGA CEFALEA, NIEGA SANGRADO, NIEGA SECRECIÓN, NIEGA PÉRDIDA DE LÍQUIDO, NIEGA DISURIA, NIEGA POLAQUIURIA Y TENESMO VESICAL, EXAMANES DE LABORATORIO DENTRO DE LO NORMAL, SE ENVIA SEGUIMIENTO DE GLICEMIA Y POSTERIOR HB GLICOSADA. GESTANTE REFIERE QUE EL DIA LUNES ESTUVO EN OBSERVACION DEL HOSPITAL POR DOLOR BAJO VIENTRE, SE REALIZA EMO CON LEUCOS ++ CELULAS EPITELIALES++ PIOCITOS 30-35 BACTERIAS + SE INDICA TRATAMIENTO CEFALOXINA 500MG CADA 8HRS POR 7 DIAS, ADEMAS DE NIFEDIPINO 10MG CADA 8 HRS POR 3 DIAS Y OVULO DE CLOTRIMAZOL POR 5 DIAS, SE INDICA CULTIVO CON ANTIBIOGRAMA, SE ENTREGA REFERENCIA SE RECIBE ECO FETO UNICO VIVO CEFALICO DORSO IZQUIERDO, DBP 86MM CA 290 MM CC 301MM LF 64MM, EG 33 SEMANAS (8-06-26), VENTRICULOS CEREBRALES NORMALES, VEJIGA VISIBLE, COLUMNA SIN ANORMALIDADES, EXTREMIDADES PRESENTES, PESO FETAL 2099 GRAMOS SEXO FEMENINO PLACENTE FUNDICA, GRADO 1 CORDON UMBILICAL APRECIA 3 VASOS , ILA CANTIDAD NORMAL, CERVIX NO VALORABLE. SE REALIZA TAMIZAJE VIH, VDRL, HB, PALUDISMO TODAS NO REACTIVO. SE RECIBE EXAMENES DE LA HB 10.5, HCTO 32.4, PLAQUETAS 232, UREA 16 CREATININA 0.52 AC URICO 3.2 COLESTEROL 227.99 TRIGLICERIDO 314, TGO 18, TGP15 GRUPO SANGUINEO B+, SE ENVIA PERFIL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GRUPO SANGUINEO ABO/RH: GRUPO SANGUINEO B+ COLESTEROL: UREA 16 CREATININA 0.52 AC URICO 3.2 COLESTEROL 227.99 TRIGLICERIDO 314, TGO 18, TGP15 ULTRASONIDO: ECO FETO UNICO VIVO CEFALICO DORSO IZQUIERDO, DBP 86MM CA 290 MM CC 301MM LF 64MM, EG 33 SEMANAS (8-06-26), VENTRICULOS CEREBRALES NORMALES, VEJIGA VISIBLE, COLUMNA SIN ANORMALIDADES, EXTREMIDADES PRESENTES, PESO FETAL 2099 GRAMOS SEXO FEMENINO PLACENTE FUNDICA, GRADO 1 CORDON UMBILICAL APRECIA 3 VASOS , ILA CANTIDAD NORMAL, CERVIX NO VALORABLE HEMATOCRITO: LA HB 10.5, HCTO 32.4, PLAQUETAS 232, UREA EMO: LEUCOS ++ CELULAS EPITELIALES ++ PIOCITOS 30-35 BACTERIAS +

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS INFECCIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	O239		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	13:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

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
2026-06-16	13:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	