

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SAAVEDRA	VERA	EVELYN XIMENA	30	04	2004	22 años, 1 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315752566	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	TACHEVE y	099-821-7062 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1315752566	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06	15
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 acude a control prenatal, cursa con embarazo de 34.1 semanas por ecografia Fecha de ultima menstruacion incierta,G0P0A0C0, paciente asintomatica al examen fisico conciente, orientada no rash, no fiebre, no conjuntivitis, abdomen gestante, al examen obstetrico feto único vivo presentación podalico situación longitudinal, altura uterina 35cm movimientos fetales positivos, frecuencia cardiaca fetal 145lpm., al examen ginecológico hay presencia de leucorrea en moderad cantidad, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores no edemas, no várices , proteína en orina negativa, oxigeno terapia aire ambiente gasto urinario no cuantificable, Score mama 0, Ganancia de peso adecuada , Riesgo Obstetrico alto Escala de riesgo 6;hemorragia primer y segundo trimenstre, IMC mayor 30,insuficiente control embarazo. En caso de emergencia acudir a casa de salud mas cercana, Referencia a HNDC.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: malaria negativo BIOMETRIA HEMATICA: Hemoglobina 11.6 Hematocrito 35 Plaquetas 470 GLUCOSA: Glucosa 73.3 urea 19.71 creatinina 0.61 ac urico 3.35 EMO: PARTICULAR: leucocitos 2-3 plocitos 13-15 bacterias + cel epiteliales 8-13 moco + ++ ph5

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	14:40	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

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
2026-06-15	14:40	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

