

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	ZAMBRANO	MARIA EMILIA	03	03	2002	24 años, 2 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	1315754307	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA CHEQUELANDIA y	098-709-5941 /
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	1315754307	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	05 11
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

Usaria de 24 años, con antecedentes de diabetes hace 3 años, Rh negativa, acude a control prenatal, cursa con embarazo de 20.4 semanas de gestación por Fecha de ultima menstruación 19/12/2025, refiere dolor lumbar de leve intensidad,infrecuente, estable, afebril al momento. al examen obstétrico altura uterina 23cc, feto único transverso, Frecuencia cardiaca fetal 118-122 xm , al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, movimientos fetales presentes , Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , gasto urinario no cuantificable, oxigenoterapia, al ambiente, tirilla en orina negativo, Score mama (0) , ganancia de peso inadecuada por deficit, se solicitan exámenes complementarios , trae ecografia realizada el 8/05/2026 en donde se reportan patologia fetales , no ha sido referida a segundo nivel con endocrinologia y ginecologia, se realiza la respectiva referencia urgente, e IC con medicina familiar en primer nivel, Riesgo Obstetrico , categoría (5), tamizaje de violencia negativo, consulta de control en 15 días.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: FETO UNICO, VIVO, PRESENTACION CEFALICA, FCF 77XM, PRESENCIA DE BRADIARRITMIA, CORAZON LIGERO AUMENTO , LEVOCARDIA ANGULO CARDIOFETAL 54, ABDOMEN FETAL PRESENCIA DE FLUIDO COMPATIBLE CON ASCITIS DE ETIOLOGIA A DETERMINAR, PESO ESTIMADO 386G, LIQUIDO AMNIOTICO EN CANTIDAD ADECUADA, HUESO NASAL VALORABLE
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS PREEXISTENTE TIPO 1, EN EL EMBARAZO	O240		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-11	10:31	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A

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 clínico

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
2026-05-11	10:31	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

