

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	SANTOS	VERONICA ROCIO	02	10	1987	38 años, 4 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315867489	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE COLOM y	099-335-6233 /
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	1315867489	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	02	03	
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

Usuaría secundigesta nulipara cesareada anterior hace 9 años, acude a control prenatal, cursa con embarazo de 31,3 semanas de gestación por ecografía, estable, afebril al momento. al examen obstétrico altura uterina 29cc, feto único cefálico, situación longitudinal, dorso derecho, Frecuencia cardiaca fetal 142xm, 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, aire ambiente, tirilla en orina no se realiza por no contar con el insumo Score mama (0) , ganancia de peso inadecuada por deficit, tiene exámenes solicitados excepto EMO, Riesgo Obstetrico alto categoría (5)por cesarea anterior, periodo intergenesico y obesidad, tamizaje de violencia negativo, se refiere a segundo nivel para evaluación, consulta de control en un mes.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: HIV 4ta Generación No reactivo Método: Inmunoquimioluminiscencia VDRL No reactivo BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.97 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 12 g/dL 13 - 17 Hematocrito 39.1 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 78.7 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 24.1 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 30.7 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWc) 13.7 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs) 40 μm³ Plaquetas 339 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.32 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 9.6 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 11.2 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 74 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 21.9 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 5.87 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 26.8 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 62.9 % 55 - 65 Monocitos (%) 5.3 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 4.5 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.5 % 0 - 2 Linfocitos (#) 1.57 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 3.7 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.31 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.26 10³/μL 0 - 0.5 GLUCOSA: Glucosa 84.0 mg/dL 70 - 110 ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 31.3 SEMANAS, CEFALICO, DERECHO, ILA NOPRMAL 21.46CC, PESO FETAL 17897G,

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-03	11:44	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	 Firmado electrónicamente por: JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-02-03	11:44	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	