

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	CHELE	YELENA JAMILETH	25	11	2002	23 años, 7 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315870632	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	MARIA TERESA PALMA y AMBATO	098-696-8489 /
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	1315870632	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	07	17
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 FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA SU SEXTO CONTROL PRENATAL. ANTECEDENTES PERSONALES: ALERGIAS NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: CESÁREA SEGMENTARIA REALIZADA HACE 1 AÑO, CON PERÍODO INTERGENÉSICO CORTO, CON PRESENCIA DE CICATRIZ UTERINA PREVIA. REFIERE QUE AL INICIO DEL EMBARAZO PRESENTÓ EPISODIO COMPATIBLE CON AMENAZA DE ABORTO. EMBARAZO ACTUAL NO PLANIFICADO, REFIERE USO PREVIO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO. FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: 12/12/2025, CONFIABLE. EMBARAZO CONFIRMADO MEDIANTE ECOGRAFÍA REALIZADA EL 28/02/2026 A LAS 10 SEMANAS DE GESTACIÓN. ACTUALMENTE CURSA EMBARAZO DE 28.5 SEMANAS SEGÚN ECOGRAFÍA. PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN BUEN ESTADO GENERAL. NIEGA DOLOR EN BAJO VIENTRE AL MOMENTO DE LA CONSULTA, NIEGA PÉRDIDA DE LÍQUIDO VAGINAL, SANGRADO VAGINAL O EXPULSIÓN DE TAPÓN MUCOSO. NIEGA LEUCORREA, PRURITO, MAL OLOR VAGINAL Y SÍNTOMAS URINARIOS. NIEGA NÁUSEAS, VÓMITOS, DIARREA U OTRA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL. REFIERE PRESENTAR CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD ACOMPAÑADA DE SENSACIÓN DE SOFOCACIÓN, ASÍ COMO EDEMA LEVE EN MIEMBROS INFERIORES. REFIERE MOLESTIA EN REGIÓN DE CICATRIZ QUIRÚRGICA PREVIA TIPO QUEMAZÓN, POSIBLEMENTE RELACIONADA CON CAMBIOS ANATÓMICOS PROPIOS DEL CRECIMIENTO UTERINO. REFIERE QUE EL DÍA ANTERIOR PRESENTÓ DOLOR EN HIPOGASTRIO, SIN ACOMPAÑARSE DE SANGRADO NI PÉRDIDAS VAGINALES. ACUDE A CONTROL ACOMPAÑADA DE SU HIJO MENOR DE 1 AÑO. POR ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA, CICATRIZ UTERINA Y PERÍODO INTERGENÉSICO CORTO, SE CLASIFICA COMO EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, REQUIRIENDO VALORACIÓN POR MEDICINA FAMILIAR Y CONTINUIDAD DE MANEJO EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN. TELEFONO 0986968489

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Autoinmunes e Infecciosas Hepatitis B (HBsAg) Negativo Hepatitis C (HCV) Negativo TRYPANOSOMA CRUZI (CHAGAS) ANTICUERPOS IgG CHAGAS Negativo Método: Inmunocromatografía Procesado por: Lcdo Miguel Alay Fecha validación: 2026-05-13 2:25PM Validado por: Lcdo Miguel Alay Serología HIV 1 + 2 Antígeno P24 No reactivo Sífilis Totales Negativo EMBARAZO DE 19.1 SEMANAS, FPP: 23/09/2026. BIOMETRIA FETAL: BDP: 4.48= 19.4 SEMANAS, AC: 13.53= 19.0 SEMANAS, FL: 3.00= 19.2 SEMANAS. PESO: 275 GRAMOS

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
2026-07-17	13:00	Medicina General	DENISSE VANINA VELEZ UTRERAS	1313903682	

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
2026-07-17	13:00	Medicina General	DENISSE VANINA VELEZ UTRERAS	1313903682	