

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORNEJO	SOLORZANO	JAZMINA FERNANDA	29	05	2003	22 años, 2 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315932192	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TABLADA DE SANCHEZ y	095-888-5955 /
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	1315932192	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	08	02
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 Nulípara de 22 años que cursa gestación de 23.2 semanas acude a consulta por primer control prenatal. APP: PREECLAMPSIA, APF: Madre hipotiroidismo; Alergias: no refiere; AQ: Cesárea. FUM: 17/02/2025 (No confiable); FPP: 24/11/2025
Peso: 51.7 KG; TALLA: 163.5 cm, IMC: 19,34. Estado nutricional: Normal; ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS:1 P:0 C:1
A:0 PIG:23/08/2020 (SECUNDIGESTA); SCORE MAMA; PA: 120/72 mmhg; FC: 100x min, FR: 19x min; STO2 99%; T: 36.2 C. EST
CONCIENCIA ALERTA; PROTEINURIA: NO APLICA. TOTAL, SCORE MAMA:0. RIESGO OBSTETRICO IDENTIFICADO: ANTEC.
PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA: 3 PTS PONDERACION: 3 RIESGO OBSTETRICO BAJO (SEGUN ESCALA MSP)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GLUCOSA: 75

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O 342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-02	21:11	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-08-02	21:11	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	