

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	SALVATIERRA	GEMMA CELESTE	11	05	1994	31 años, 9 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315937324	MANABI	CHONE	CONVENTO	MANTA BLANCA 2 y	098-630-5072 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1315937324	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	02	13	
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

GESTANTE DE 31 AÑOS, CON FUM DE 16/07/2025 --- 30.3 SEMANAS DE GESTACION, ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS GESTAS : 1 CESAREA: 1. PERIODO INTERGENESICO DE 7 AÑOS, ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: NO REFIERE -- ALERGIAS: NO REFIERE, HABITOS: NO REFIERE. ACUDE A CONTROL PRENATAL. AL MOMENTO NO REFIERE SÍNTOMAS NI SIGNOS, SE ENCUENTRA AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE ----- LCF: 137 LPM, AU: 29 CM MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO HAY PERDIDA DE LIQUIDO, NI SANGRADO VAGINAL ----- SCORE MAMA (0) --- CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO: PERIODO INTERGENESICO LARGO 7 AÑOS (1) CUP 1 (2) OBESIDAD (3) ANEMIA HEMOGLOBINA DE 8 (2) PUNTAJE TOTAL= 8 PUNTOS ----HEMOGLOBINA: 8.1 --HOY SE LE INICIO TRATAMIENTO PARA LA ANEMIA CLORURO DE SODIO AL 0.9% DE 500CC + ACIDO ASCORBICO IV 1MG + FUMARATO FERROSO DE 150MG 2 AMPOLLAS + COMPLEJO B 500MG --- SE LA CITA EN 2 SEMANAS MAS PARA SEGUIR CON EL TRATAMIENTO -- PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA 3. MEDIDAS HIGIÉNICAS 4. CONSEJERÍA NUTRICIONAL: 5 COMIDAS DIARIAS DIETA RICA EN HIERRO Y CALCIO, FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN SAL, GRASAS Y AZUCAR 6. ACTIVIDAD FÍSICA CAMINATA 30 MINUTOS CADA DÍA (DE ACUERDO A LA CONDICION) 7. CONSEJERÍA EN EDUCACIÓN PRENATAL 8. PSICOPROFILAXIS DE PARTO 9. LLENADO DE TARJETA DE SEGUIMIENTO DE EMBARAZADA 10. PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE 11. CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, BENEFICIOS E IMPORTANCIA A LIBRE DEMANDA 12. NO LECHE DE FORMULA, NO CHUPONES, NO BIBERONES, NO AGUAS AZUCARADAS 13. CONSEJERÍA EN PARTO EN LIBRE POSICIÓN: ACOMPAÑADA DE UN FAMILIAR, ELECCIÓN DE POSICIÓN PARA EL PARTO, VESTIMENTA A ELECCIÓN, DISPOSICIÓN DE PLACENTA, CONSUMO DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS DURANTE EL PARTO, PRÁCTICAS INTEGRADAS AL PARTO 14. SEGUIR ESQUEMA DE VACUNAS. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NO HAY PARAMETROS. SE REALIZA REFERENCIA AL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA PARA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PARA MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: PRODUCTO UNICO VIVO -- FCF: 156 LPM -- DBP: 5.78 -- PLACENTA POSTERIOR MADURACION I, NO HEMATOMA PLACENTARIO NI SIGNOS DE DESPRENDIMIENTO -- ILA 11-- CAMARAS CARDIACAS: 4 CAMARAS CEFALICO DORSO IZQUIERDO -- SEXO: MASCULINO -- EMBARAZO DE 23.2 SG ---- BIOMETRIA HEMATICA: HEMOGLOBINA: 8.1 -- HEMATOCRITO: 26.8 -- PLAQUETAS: 230 ---- EMBARAZO DE 23.2 SEMANAS DE GESTACION PLACENTA GRADO I CEFALICO DORSO IZQUIERDO ----- TAMIZAJE DE VIH: NO REACTIVO SIFILIS: NO REACTIVO HEPATITIS B Y C: NO REACTIVO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-13	11:00	Obstetricia Rural	ALLISON ILIANA CARDENAS BETANCOURT	0704960640	

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
2026-02-13	11:00	Obstetricia Rural	ALLISON ILIANA CARDENAS BETANCOURT	0704960640	