

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OSTAIZA	LOOR	CARMEN NATIVIDAD	24	12	2007	18 años, 0 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	1315978567	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA JORGE GALLARDO y CIUDADELA JORGE GALLARDO	098-574-1423 /
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	1315978567	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	01	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

Usuaría de 18 años, con antecedentes de Preeclampsia a hermana , primigesta ,acude a control prenatal, cursa con embarazo de 32 semanas de gestación por Fecha de ultima menstruación 5/06/2025, refiere disuria, dolor en hipogastrio de 3 días de evolución, mas prurito en vulva de 5 días de evolución, al examen obstétrico altura uterina 29cc, feto único cefálico, situación longitudinal, dorso derecho, Frecuencia cardiaca fetal 135xm, al examen ginecológico hay presencia de leucorrea blanca en moderada cantidad en introito, ademas de pequeñas verrugas en numero de 4 , 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 tirilla, Score mama (0) , ganancia de peso inadecuada por exceso, indica haberse realizado el 23/12/2025 , pero no se encuentra en plataforma los resultados, tamizaje de violencia negativo, Riesgo Obstetrico alto categorcategoría (4) , tamizaje de violencia negativo, consulta de control en un mes.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo OTROS ANALISIS: Investigación de Malaria Negativo
BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.12 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 10.1 g/dL 13 - 17
Hematocrito 30.4 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 73.9 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 24.5 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 33.2 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13.8 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs) 37.6 μm³ Plaquetas 255 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.26 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10.1 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 12.2 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 66 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 25.7 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 10.43 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 22.4 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 70.3 % 55 - 65 Monocitos (%) 5 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 1.7 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.6 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.34 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 7.33 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.52 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.18 10³/μL 0 - 0.5 EMO: QUIMICO, LEUCOCITOS TRAZAS, SEDIMENTOLEUCOCITOS 6-8 X CAMPO, PIOCITOS 7-10 X CAMPO, HEMATIES 13-15X CAMPO, BACTERIAS ++, CELULAS EPITELIALES 17-22X CAMPO GLUCOSA: Glucosa 96.4 mg/dL 70 - 110 Urea 12.21 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.61 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 3.14 mg/dl 2.4 - 6 T4 LIBRE/TOTAL: 1.23 NG/DL, TSH 1.69 LU/ML

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE PRIMIGESTA MUY JOVEN	Z356		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-15	14:32	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 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
2026-01-15	14:32	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	