

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FARIAS	ZAMBRANO	NATAHLY SILVANA	28	11	2009	15 años, 3 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316199270	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NUEVO HORIZONTE y	093-998-0979 / (99)-999-9999
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	1316199270	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	2025	03	06	
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 primigesta adolescente acude a control prenatal, cursa con embarazo de 16.2 semanas por ECo realizado el 23/02/2025 que reporta embarazo de 14.4 semanas, al examen obstetrico altura uterina 15cc, FCF 150xm, feto único presentación transverso,al examen ginecológico hay presencia de leucorrea blanca en poca cantidad, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , proteína en orina no aplica, Score mama 0 , movimientos fetales ausentes, no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso inadecuada por deficit, refiere vomitos infrecuentes , riesgo obstetrico alto, no se ha realizado exámenes de laboratorio solicitados en consulta anterior, se explica riesgos y se vuelve a enviar .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

no se ha realizado exámenes solicitados

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-06	10:43	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

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
2025-03-06	10:43	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	