

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | PINO             | ROCIO ELIZABETH | 26                  | 10  | 2009 | 16 años, 0 meses, 11 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        | Dirección      | No Telefónico                                    |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|--------------------------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1316199429        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | PUERO ARTURO y 098-107-9530 / (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                 | 1316199429      | 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  | 11  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad              | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente acude a control prenatal, cursa con embarazo de 29,2 semanas por Fecha de ultima menstruacion 15/04/2025, paciente al momento asintomatica, refiere pendiente ecografia no la realizo esta agendada para próxima fecha (20/11/2025) antecedentes personales no refiere, antedecentes familiares no refiere, antecedentes quirurgicos no refiere, alergias no refiere, Gesta 0 Parto0 Ceserea 0 Aborto 0, al examen fisico conciente, orientada no rash, no fiebre, no conjuntivitis, facies y conjuntivas rosadas, mucosa orales humedas, mamas simétricas no dolorosas, al examen obstetrico feto único vivo presentación podalico, situación longitudinal, dorso izquierdo, altura uterina 30cm, movimientos fetales positivos, frecuencia cardiaca fetal 140 lpm, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores no edemas, no várices , proteína en orina negativa , Score mama 0, Ganancia de peso excesiva Riesgo Obstetrico alto,Escala de Riesgo ( 2 puntos) se explican signos de alarma y señales de peligro en caso de presentar alguno acudir a casa de salud de referencia, se realiza referencia para valoracion por Ginecologia.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: HIV NO REACTIVO VDRL NO REACTIVO HEPATITIS B NEGATIVO BIOMETRIA HEMATICA: Hemoglobina 10,5 Hematocrito 31.6 Plaquetas 428 Tipificacion O Positvo ACIDO URICO: Glucosa 85.5 urea 15.88 creatinina 0,52 ac urico 3.01

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                                                                                                                                                                                |
|------------|-------|--------------|------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-11-06 | 09:41 | Obstetricia  | KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA | 0803162742 |  Firma electrónicamente por:<br>KAREN KATIUSKA<br>VIVAS MICOLTA<br>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 |
|------------|-------|--------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-06 | 09:41 | Obstetricia  | KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA | 0803162742 |       |

