

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	CEDEÑO	JULIA JAMILETH	06	07	1999	26 años, 7 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	1316325768	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO y	099-999-9999 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1316325768	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	02	10
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 DE 26 AÑOS DE EDAD ECUATORIANA TERCIGESTA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO REFERERIDA DEL CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR PRUEBA POSITIVA Y CONFIRMADA DE CHAGAS , , QUE CONSULTA POR CONTROL PRENATAL SEGUNDO EN ESTA CASA DE SALUD , MENARQUIA 14 AÑOS , ALERGIAS NO REFIERE , APP NO REFIERE , APF NO REFIERE , G: 2 P: 1 AB: 0 C: 0 , FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION 05-08-2025 , FECHA PROBABLE DE PARTO 12-05-2026 , AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE LEVE DOLOR DE BAJO VIENTRE QUE DESAPARECE AL DESCANSO SIN PRESENTAR SEÑALES DE PELIGRO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: Examen Resultado Unidad Rangos Ref. 3.INMUNOLOGIA HEPATITIS C NEGATIVO -- VDRL NO REACTIVO -- HIV 1 + 2 CUARTA GENERACION NO REACTIVO - HEPATITIS B HEPATITIS B (HBs Ag) NEGATIVO - Usuario Valida: LILIANA ELIZABETH MOR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA OTRAS ENFERMEDADES DEBIDAS A PROTOZOARIOS Y HELMINTOS	Z116		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-10	09:06	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	

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
2026-02-10	09:06	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	