

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLALVA	GALARZA	KAREN ELIZABETH	22	05	1998	27 años, 11 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	1316325875	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JORGE GALLARDO y NO SABE	096-759-6621 / (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	1316325875	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	04	24
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 27 años, acude control prenatal, cursa con embarazo de 39.5 semanas por eco tardía realizada el 10/12/2025 . al momento estable, afebril , al examen obstétrico altura uterina 33cc feto único cefálico móvil, situación longitudinal, dorso derecho, Frecuencia cardíaca fetal 135 xm, movimientos fetales presentes , Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , al examen ginecológico no se observa leucorrea, se observa flujo transparente , al tacto cervix blando, central no dilatado, refiere dolor en hipogastrio de leve intensidad infrecuente,gasto urinario no cuantificable, tirilla de proteína negativo oxigenoterapia al ambiente, Score mama (0) se reevaluan signos vitales en consultorio , ganancia de peso Inadecuado por exceso , tamizaje de violencia negativo, Riesgo Obstetrico alto por insuficiente control prenatal, antecedente de aborto , sobrepeso (4),Referencia a segundo nivel, tamizaje de violencia negativo.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENTACIÓN MOVIL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE INSUFICIENTE ATENCION PRENATAL	Z353		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-24	08:44	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	 FIRMA 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
2026-04-24	08:44	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

