

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MERA	ADRIANA SAMANTA	25	08	2000	25 años, 4 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316331824	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	MATAPALO y MATAPALO	097-866-4070 /
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	1316331824	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL BASICO DE CALCETA - ANIBAL GONZALES ALAVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	22
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 CURSA CON EMBARAZO DE 30 SEMANAS POR FUM Y 31.5 SEMANAS POR ULTIMA ECOGRAFIA, AL MOMENTO ASINTOMATICA, CON BUEN ESTADO GENERAL. NIEGA SINTOMAS AL MOMENTO, NO SANGRADO VAGINAL, NO CEFALEA, NO DISURIA, AFEBRIL. SCORE MAMA: 0. SE REALIZO ECOGRAFIA 14/01/2026: EMBARAZO DE 30.4 SEMANAS, CINETICA NORMAL. PRESENTACION PODALICO, FCF: 142, PLACENTA ANTERIOR FUNDAL, GRADO 1 DE MADURACION, ILA: 18CM, PESO FETAL: 1546, HUESO NASAL NORMAL. RESTO DE ESTUDIO NORMAL. SE REALIZO ESTUDIO DE VIH Y SIFILIS NEGATIVO. GLUCOSA EN AYUNAS: 101MG/DL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS	O321		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-22	10:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2026-01-22	10:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	