

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PROAÑO	CEVALLOS	ROSA ANGELICA	29	11	1999	25 años, 3 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316473436	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL VERGEL y	099-169-7141 / (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	1316473436	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	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

SE REALIZA CONTROL DE GESTACION DE 33 SEMANAS POR FUM , POR ECO MUESTRA 35 SEMANAS , EN PRESENTACION PODALICA, PESO 2643 GRAMOS, LATIDOS CARDÍACO 143 POR MINUTO REFIERE, DISURIA, NO HIDRORREA MOLESTIAS NORMALES ABDOMINAL POR LA PRESION DEL UTERO, NO SANGRADO NO FIEBRE NO LEUCORREA, PROTEIMNURIA NEGATIVO, SOCRE MAMA CERO , ABDOMEN GESTANTE PRESENTACION PODALICA, DERECHO, MF POSITIVO, ALTURA FONDO UTERINO 36 SEMANAS , REALIZO REFERENCIA A GINECOLOGIA HOSP GENERAL CHONE PARA PROGRAMACIÓN DE CESAREA, RIESGO OBSTETRICO ALTO POR PRESNETACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON GESTACIÓN EN PRESENTACIÓN PODALICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR DESPROPORCION FETOPELVIANA DE ORIGEN MIXTO, MATERNO Y FETAL	O334		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-10	14:06	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	

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 clínico

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