

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	ESPINALES	MARIA CRISTINA	23	05	1994	32 años, 1 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316549151	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	ONECIMO PAZMIÑO y SN	095-929-9047 /
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	1316549151	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D12 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	07	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

4TO CONTROL: PACIENTE EMBARAZADA DE 34.2 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM (08/11/2025) QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO, FPP 15/08/2026, HISTORIA OBSTÉTRICA: E:2, P: 0, A: 2 (SECUNDARIO A EMBARAZO ANEMBRIONARIO EN 2018 Y EMBARAZO MOLAR EL 12/04/2021). APP: OBESIDAD. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE MUY BIEN , BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NIEGA PERDIDAS DE LIQUIDO NIEGA SANGRADO TRASNVAGINAL, NIEGA LEUCORREA, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. VACUNACIÓN CONTRA TÉTANOS. SCORE MAMA: 0 RO: 5 PTOS ALTO (CONTROL PRENATAL ANTECEDENTES: EMBARAZO MOLAR 1 PTO, ABORTO 1 PTO; FACTORES NUTRICIONALES: SOBREPESO 1 PTO). TELEFONO 0991853699
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	14:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-07-06	14:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

