

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMUDEZ	VERA	GEMA PATRICIA	11	06	1996	29 años, 11 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316608924	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA A PORTOVIEJO y	097-993-7680 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1316608924	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	06	10
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

MULTIGESTA DE 29 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU 2DO CONTROL PRENATAL A ESTA UNIDAD, FUM: 25/02/2026, FPP: 02/12/2026, CURSA 15 SEMANAS SI CONFIABLE, EMBARAZO NO PLANIFICADO, TOMÓ ANTICONCEPTIVO HASTA EL MES DE FEBRERO APP:TAQUICARDIA SINUSAL CON TRATAMEINTO CON LABETALOL 25 MG DIA DESDE HACE 1 MES APROX, APF: ABUELA HTA, DM, AGO: G3 A 2 P1 C0, ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 11 AÑOS, INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 19 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, EN LA ACTUALIDAD SENTIRSE BIEN, LEVES NAUSEAS, NIEGA SANGRADOS, REFIERE SECRESIÓN VAGINAL BLANQUECINA, QUE PROVOCA PRURITO, SCORE MAMA: 0, RIESGO OBSTÉTRICO MUY ALTO 8 PUNTOS. VALORO ECOGRAFIA LA QUE SE DESCRIBE EN SU CASILLERO, TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. CON CONTROL SUBSECUENTE CON CARDIOLOGÍA EL 15/07/2026. 0985335067-0959003060.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	11:49	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
2026-06-10	11:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

