

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	ZAMBRANO	BIANCA YISSELL	26	11	2003	21 años, 0 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316795119	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL MATE y	098-913-1733 /
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	1316795119	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2024	12	11
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 PRIMIGESTA DE 21 AÑOS DE EDAD CON 26.5 SG (SEGUN FUM), FUM: 5-06-2024, FPP:12-03-2025/ AP:NR APQX: NR, APF: PADRE HTA, AGO: G0 P0 A0 C0, MENSTRUACIONES: REGULARES, MET DE PLANIFICACION: NR. RO: ALTO. (IMC+ UTI A REPETICION+ NO CONTROLES ANTES DE 20 SG).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: GB: 9.5 NEUTROFILOS %: 71.9 LINFOCITOS%: 22.2 GR: 3.86 HGB: 10.9* HTC: 32.5 VCM: 84.2 PLAQUETAS: 176 GLUCOSA BASAL: 76.88 UROANALISIS: COLOR:AMARILLO ASPECTO: TURBIO PH: 7 LEUCOCITOS: POSITIVO NITRITOS: NEGATIVO PROTEINAS: NEGATIVO GLUCOSA: NEG C. CETONICOS: NEG BILIRRUBINA: NEG SEDIMENTO URINARIO C EPITELIALES: 8-10 PIOCITOS: 0-10 HEMATIES: 2-4 BACTERIAS: +++ MOCO: +

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS HALLAZGOS ANORMALES EN EL EXAMEN PRENATAL DE LA MADRE	O288		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-11	19:18	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-12-11	19:18	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	