

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	MUÑOZ	IRIS DAYANNA	14	09	2000	25 años, 3 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316808847	MANABI	CHONE	CANUTO	NA y	097-881-7734 /
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	1316808847	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	05
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 FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD, NACIDA EN CHONE, RESIDENTE: MOCORAL, CASA CON CERRAMIENTO DE LADRILLO ROJO, FRENTA A UN POTRERO. TEF: 0978817734/ 0963202030 (ESPOSO: ERWIN JOEL VELEZ MUÑOZ) CONTACTO DE REFERENCIA: MADRE Y ESPOSO. OCUPACIÓN: AMA DE CASA. ACUDE A CONSULTA POR PRIMER CONTROL DEL EMBARAZO , SE PREGUNTA AUTOIDENTIFICACION : MONTUBIA, SE BRINDA CHARLA DE PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE DONDE SE INDICA POSICIONES DE PARTO INTELCULTURAL Y DESEA PARIR : ACOSTADA, TRAE CONSIGO EXAMEN DE BHCH CUALITATIVA POSITIVA. CURSA 5.4 SG SEGÚN FUM: 28/11/2025 CON FPP 27/08/2026 . APP: NO REFIERE. ALERGIAS : NO REFIERE. APQ: NO REFIERE. APF:NO REFIERE. ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS: G:1. P:0. C:1. A:0 MENARQUIA: 15 AÑOS, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: 16 AÑOS, NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: 1, ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: NO REFIERE, PERIODOS DE MENSTRUACION REGULARES: PLANIFICACIÓN FAMILIAR: HORMONAL ORAL EMBARAZO NO PLANIFICADO. PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA, NO SANGRADOS, NO SECRECIÓN, NO RASH. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA, GLASGOW 15/15, EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GESTANTE, ALTURA UTERINA: NA, POSICION: NA. FCF: NA. EXTREMIDADES NO EDEMAS. PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICOMUY ALTO 7= PUNTOS (ANTECEDENTES DE HERMANA CON PREECLAMPSIA=2 PUNTOS, OBESIDAD IMC MAYOR A 30= 3 PUNTOS, CICATRIZ UTERINA PREVIA CON EMBARAZO MAYOR 32 SEMANAS= 2 PUNTOS) . TA 95/60. SCORE MAMA 0. GANANCIA DE PESO: NO APLICA. TIRILLA PROTEINURIA: NO APLICA POR EMBARAZO MENOR A 20 SEMANAS DE GESTACION. VACUNACION DE TETANOS: AUN NO. SE REALIZA TAMIZAJE DE VIH, SIFILIS, CHAGAS, HEPATITIS B Y HEPATITIS C: NO REACTIVO CORRESPONDIENTES A PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: NO REACTIVOS. SE INDICA EXAMENES DE LABORATORIO Y ECOGRAFIA OBSTETRICA CORRESPONDIENTES AL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO. SE REALIZA REFERENCIA PARA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. SE PRESCRIBE HIERRO+ ACIDO FOLICO. IC ODONTÓLOGIA. SE CITA A CONTROL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RIESGO OBSTÉTRICOMUY ALTO 7= PUNTOS (ANTECEDENTES DE HERMANA CON PREECLAMPSIA=2 PUNTOS, OBESIDAD IMC MAYOR A 30= 3 PUNTOS, CICATRIZ UTERINA PREVIA CON EMBARAZO MAYOR 32 SEMANAS= 2 PUNTOS)

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-05	08:11	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	 Milena Fernanda Macias Mejia



Firmado electrónicamente
MARICELA GARCIA PEREZ
Validar únicamente con FirmaEC



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
2026-01-05	08:11	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	