

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	MUÑOZ	IRIS DAYANNA	14	09	2000	25 años, 8 meses, 7 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	CHONE (URBANO)	MOCORAL 2 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	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	2026	05	21	
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

FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR CONTROL PRENATAL, AL MOMENTO CURSA 24.6 SG POR FUM PACIENTE ESTABLE, NO REFIERE SINTOMATOLOGIA AGUDA. SE VALORA ECO DEL 24 DE ABRIL CON 21,5 SEMANAS DE GESTACION QUE INFORMA TRACTO DE SALIDA DE GRANDES VASOS CARDIACOS DIFICILES DE VALORAR DEBIDO A ESTRECHEZ DE TORAX, PULMONES FETALES NO VALORABLES , EJE CARDIACO DESVIADO A LA DERECHA, SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA HOSP GENERAL CHONE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECO DEL 24 DE ABRIL PULMONES NO VALORABLES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL	O365		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-21	11:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	

Validar únicamente en FirmaSC.
Firmado electrónicamente por:
**ALBERTO JOSE
ZAMBRANO ALCIVAR**

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
2026-05-21	11:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	