

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARVAJAL	MACIAS	MARIA JOSE	31	10	2002	22 años, 8 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316855491	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN ANDRES y	098-304-5313 /
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	1316855491	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	2025	07	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

SE REALIZA CONTROL DE GESTACION ,34 SEMANAS DE EMBARAZO, QUIEN AL MOMENTO ACUDE A CONTROL MEDICO HACE 7 DIAS
ACDUE A CONTROL PROGRAMADO HOY SE VALORA ANALISIS SOLICITADOS : UREA 16.9, GLUCOSA 79, GLUCOSA DOS HORAS: 115, TSH
1.5, REFIERE SNETIRSE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES NO SANGRADOS VAGINAL , NO ALZA TERMICA, MF ADECUADOS, A LA
EXPLORACION FETO UNICO PODALICO FCF 140 POR MINUTO, HA TENIDO EPIDOSIOS DE SUBIDAS DE TENSION ARTERIAL PARA LO CUAL
LE HA INDICADO Y ESTA TOMANDO ALFAMETILDOPA 250 MG CADA 12 HORAS, ASPIRINA 81 MG CADA DIA ,PACIENTE DE ALTO RIESGO
DEBIDO A ELEVACIONES DE TENSION ARTERIAL NO TIENE DG DE PREECLAMPSIA , SCORE MAMA 2

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EMBARAZO PODALICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS	O321		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-21	09:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	

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
2025-07-21	09:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	