

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CHAVARRIA        | VALENCIA         | ERIKA LILIANA | 23                  | 12  | 2000 | 25 años, 5 meses, 23 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                           | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|-------------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1317009015        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | LINEA FERREA y CALLEJON EL PECHICHE | 098-601-8133 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria        | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1317009015      | 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  | 06  | 15  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD, NACIDA EN CANUTO, RESIDENTE EN CANUTO, VIA LINEA FERREA, TEF: 0986018133 (PACIENTE)/, CONTACTO DE REFERENCIA: PACIENTE Y ESPOSO. OCUPACIÓN: AMA DE CASA. ACUDE A CONSULTA POR TERCER CONTROL DEL EMBARAZO , SE PREGUNTA AUTOIDENTIFICACION : MONTUBIA, SE BRINDA CHARLA DE PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE DONDE SE INDICA POSICIONES DE PARTO INTECULTURAL Y DESEA PARIR : ACOSTADA. POR ECOGRAFIA REALIZADA DE MANERA PARTICULAR EL 9/MARZO DEL 2026 (12.4 SG) EXTRAPOLADA AL DIA DE HOY 26.4SG SG. POR FUM (NO CONFIABLE), APP: EPILEPSIA TRATADA CON LEVITIRACETAM 500MG Y REFIERE PROBLEMAS DEL CORAZON PERO NO ESPECIFICA CUAL Y AHORA DICE NO ESTAR EN TRATAMIENTO, SOLO INDICA QUE LE DA SINTOMATOLOGIA COMO DOLOR EN EL PECHO Y CEFALEAS, HA ESTADO 2 VECES HOSPITALIZADAS POR ESE MOTIVO HACE MENOS DE 1 AÑO. ALERGIAS : NO REFIERE. APQ: 0 CESAREA . APF: ABUELA DIABETICA, ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS: G: 1 P:1. C:0. A:0 MENARQUIA: 13 AÑOS, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: 18 AÑOS, NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: 2, ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL: NO REFIERE, PERIODOS DE MENSTRUACION IRREGULARES, NO PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NO. EMBARAZO NO PLANIFICADO. PACIENTE REFIERE SOLO DOLOR PELVICO Y SECRECIONES BLANCAS LIQUIDAS EN POCA CANTIDAD QUE NO CAUSAN MOLESTIAS COMPATIBLE CON LEUCCOREAS FISIOLOGICAS DEL EMBARAZO. NO REFIERE QUE EL DIA DE AYER A LAS 10AM SE DESMAYÓ Y NO SE LEVANTÓ HASTA LAS 4PM, REFIERE QUE NO FUE A EMERGENCIA, ADEMÁS QUE EL 14 DE MAYO ESTUVO INTERNADA EN EL HOSPITAL 4 DÍAS Y QUE LE DETECTARON EPILEPSIA EN TRATAMIENTO CON LEVITERACETAM 500MG CADA DÍA. AL MOMENTO REFIERE DEBILIDAD Y MAREOS. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA, URINARIA NO SANGRADOS, NO RASH. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA, GLASGOW15/15, EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GESTANTE, ALTURA UTERINA: 25CM, POSICION: INDETERMIANDA. FCF: 140 LPM, EXTREMIDADES NO EDEMA. RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO 7PUNTOS (1 PUNTO POR PERIODO INTERGENESICO MAYOR A 5 AÑOS, 2 PUNTOS POR SOBREPESO, 2 PUNTOS POR GLUCOSA EN AYUNAS MAYOR A 92MG/DL + OTRAS PATOLOGIAS RELEVANTES EPILEPSIA +3). EN CONTRO ANTERIOR SE ENVIA PTGO CON 75GR DE GLUCOSA PARA CONFIRMAR O DESCARTAR DIABETES GESTAICONAL PACIENTE NO TRAE, SE REALIZA REFERENCIA PARA GINECOLOGIA POR EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO Y REFERENCIA PARA EMERGENCIA PARA MONITORIZACIÓN FETAL. IC ODONTÓLOGIA. SE CITA A CONTROL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REFIERE QUE EL DIA DE AYER A LAS 10AM SE DESMAYÓ Y NO SE LEVANTÓ HASTA LAS 4PM, REFIERE QUE NO FUE A EMERGENCIA, ADEMÁS QUE EL 14 DE MAYO ESTUVO INTERNADA EN EL HOSPITAL 4 DÍAS Y QUE LE DETECTARON EPILEPSIA EN TRATAMIENTO CON LEVITERACETAM 500MG CADA DÍA. AL MOMENTO REFIERE DEBILIDAD Y MAREOS.

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                           |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|---------------------------------|
| 2026-06-15 | 10:02 | Medicina Rural | MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA | 1312194671 | MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA |

Firmado digitalmente por MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA  
Fecha: 2026.06.15 10:39:14 -05'00'

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-15 | 10:02 | Medicina Rural | MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA | 1312194671 |       |

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CHAVARRIA        | VALENCIA         | ERIKA LILIANA | 23                  | 12  | 2000 | 25 años, 5 meses, 23 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                           | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|-------------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1317009015        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | LINEA FERREA y CALLEJON EL PECHICHE | 098-601-8133 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria        | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1317009015      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                          |            |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|--------------------------|------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | CHONE                    | Emergencia | Emergencia   |  | 2026  | 06  | 15  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud | Servicio   | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:             | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | MONITORIZACIÓN FETAL           |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico