

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRA	ROSADO	KATHLEN JAMILETH	05	10	2011	14 años, 1 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317343059	MANABI	CHONE	RICAU RTE	AVE y	099-032-9403 / (00)-000-0000
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	1317343059	PAVON	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	11	18
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

GESTANTE DE 14 AÑOS ACUDE A CENTRO DE SALUD CON ECOGRAFIA REALIZADA EL 17/11/2025 CON DIAGNOSTICO EMBARAZO DE 21.2 SG, EMBARAZADA ADOLESCENTE DE 14 AÑOS REFIERE NO TENER CONTROLES PREVIOS, DEBIDO A HABERSE ACERCADO A TIPO C POR SANGRADO VAGINAL DONDE SE REALIZO ECOGRAFIA DIAGNOSTICANDO EMBARAZO Y REFIERE NO HABER RECIBIDO ATENCIÓN MEDICA, POSTERIORMENTE SE ACERCO A CENTRO DE SALUD "VIRGEN DEL CARMEN" EN SANTA ELENA DONDE SE REALIZO VACUNACION PERO NO ATENCIÓN MEDICA, AL MOMENTO NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RELEVANTE, NO REFIERE SNGRADO NI PERDIDAS VAGINALES, SE PROCEDE A LLENAR FICHA 094 PARA NOTIFICACIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL, SCORE MAMA: 0

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EMBARAZO CON PRIMER CONTROL A LAS 21.2 SG+EMABRAZO IGUAL O MENOR A 14 AÑOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-18	16:07	Medicina Rural	JAVIER ALEJANDRO BUENAVENTURA LOOR	1313606327	

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
2025-11-18	16:07	Medicina Rural	JAVIER ALEJANDRO BUENAVENTURA LOOR	1313606327	