

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALMA	CHAVEZ	NAYELI FERNANDA	24	05	2001	24 años, 8 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317367405	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CHIMBORAZO y	098-343-7551 /
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	1317367405	SANTA RITA	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	02	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 NULÍPARA DE 24 AÑOS QUE CURSA GESTACIÓN DE 27.4 SEMANAS ACUDE A CONSULTA POR CONTROL PRENATAL; ACOMPAÑADA DE SU PAREJA. APP: NO REFIERE, APF:NR ; ALERGIAS: NO REFIERE; AQ: NO REFIERE. FUM:27/07/20225 (NO CONFIABLE); FPP: 03/05/2026 PESO: ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD; ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS:2 P:0 C:0 A:2; SCORE MAMA 0; PA: 104/82MMHG; FC: 96X MIN, FR; 19X MIN; STO2 99%; T: 36.4 C. EST CONCIENCIA ALERTA, SCORE MAMA:0. RIESGO OBSTETRICO IDENTIFICADO: RIESGO ALTO. PACIENTE REFIERE HABER ASISTIDO A EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL CHONE POR FUERTE DOLOR ABDOMINAL QUE SEDIO POSTERIOR AL TRATAMIENTO, TAMBIEN REFIERE QUE EN EL MES DE DICIEMBRE PRESENTO DILATACION DEL CUELLO Y LE REFIRIERON QUE PRESENTO UNA AMENAZA DE ABORTO. SE LE REALIZA LA REFERENCIA MEDICO FAMILIAR PARA SEGUIMIENTO DE RIESGO OBSTETRICO ALTO Y HISTORIAL DE ABORTO CON AMENAZA DE ABORTO EN ACTUAL EMBARAZO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCON MATERNA POR AUMENTO EXESIVO DE PESO DURANTEEL EMBARAZO	O260		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-05	10:51	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-02-05	10:51	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

