

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DUEÑAS	SOLORZANO	GINGER LILIBETH	14	03	1998	27 años, 11 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317471504	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARO y CDLA JARDIN DEL INCA	096-797-7781 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1317471504	SANTA MARTHA	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	20
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 ATENCIONMEDICA DE PACIENTE 9/02/2026 (SE SUBE ATENCION MEDICA POR FALTA D EINTERNET EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MAS DE 15 DIAS) VALORADA POR OBSTETRICIA PARA INTERCONSULTA, GESTANTE PRIMIGESTA NULIPARA CURSA EMBARAZO DE 20.2 SEMANAS DE GESTACION POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION. ACUDE POR INTERCONSULTA DE OBSTETRICIA, REFIERE QUE GINECOLOGA PARTICULAR EL 16/1/2026, ENVIO A TOMAR NIFEDIPINO 10MG CADA 12 HORAS POR 2 SEMANAS POR PA 140/95, TOMA ASPIRINA Y CALCIO, SE REALIZA TOMA AMBULATRORIA DE PRESION ARTERIAL CON CIFRAS DE 129/84, 133/85, 125/79, 126/81. REFIERE CEFALEAS NOCTURNAS, NIEGA DOLOR, NO SANGRADO, NO PERDIDA DE LIQUIDO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SCORE MAMA0, RIESGO OBSTETRICO ALTO 6 PUNTOS, TOMA NIFEDIPINO 10MG CADA 12 HORAS. SE REFIERE PARA SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION GESTACIONAL [INDUCIDA POR EL EMBARAZO]	O13X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-20	11:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

