

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	URIARTE	ROSA EMERITA	04	02	1999	27 años, 3 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317485223	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	PITAHAYA y PITAHAYA	096-404-7987 /
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	1317485223	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	05	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

4TO CONTROL: PACIENTE EMBARAZADA DE 25.6 SEMANAS DE GESTACION POR FUM (24/11/2025) QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO, FPP 06/09/2026, HISTORIA OBSTETRICA: E:1, P: 1 (CESÁREA POR PRECLAMPSIA 14/12/2021), A: 0. APP: SOBREPESO. REFIERE MATERNIDAD SATISFECHA, POR LO QUE SOLICITA ESTERILIZACIÓN. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE MUY BIEN , BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRAMIENTO VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. VACUNACION CONTRA TETANOS. SCORE MAMA: 0 RO: 4 ALTO (CONTROL PRENATAL ANTECEDENTES: PRECLAMPSIA ANTERIOR 3PTOS , ;FACTORES NUTRICIONALES: SOBREPESO 1 PTO. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION DE VIA DE PARTO + ESTERILIZACION. /// 0963813423 - 0993228959 ///

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: VIH 1+2 Ag P24: NO REACTIVO, SIFILIS TOTALES: Negativo, Hepatitis B: Negativo, Hepatitis C: Negativo. TRYPAÑOZOMA CRUZI (CHAGAS) ANTICUERPOS IgG: Negativo; EMO (UROANALISIS DE RUTINA): UROANALISIS: PROTEÍNA: Negativo, GLUCOSA: Negativo. Leu 3-5 xc/; Cel Epit: algunas; MOCO: +++ ULTRASONIDO: *ECOMEDIC 21/05/2026... PRODUCTO UNICO VIVO.PRESENTACIÓN PODALICO DORSAL DERECHO. BPD: 57mm (23.5 SG), CC: 213mm (23.3 SG), AC: 185mm (23.2 SG), FL: 44mm (24.4 SG). CEREBELO 26mm (23.4 SG), CISTERNA MAGNA 5.69 mm, SEXO: MASCULINO. CORAZON: 4 CAMARAS, CORDON UMBILICAL: NORMAL....VITALIDAD FETAL..... PLACENTA POSTERIOR MADURACION GRADO II/III, TONO FETAL NORMAL, FC: 141 LPM, LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL ILA 14.92cm, HUESO NASAL VISTO DE 7.0mm, ESPESOR PRENASAL: 3.5mm.....EMBARAZO DE 23.5 SG (+- 2 SEMANAS). FPP 12/09/2026 (+- 2 SEMANAS). PESO 629g. 32% ///EX FISICO: ÚTERO GRÁVIDO, AU: 26 cm, PRESENTACIÓN: CEFÁLICO DORSAL DERECHO. FCF: 140 LPM.///

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-29	13:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-05-29	13:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	