

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VELIZ            | SOLIZ            | JESSICA MARGARITA | 09                  | 09  | 2002 | 23 años, 5 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1317641684        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | SITIO EL GUINEO y SN         | 099-454-9113 /      |
| 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                 | 1317641684                               | FLAVIO ALFARO            | CENTRO DE SALUD TIPO B |                           | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                           |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                           | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Ginecología y Obstetricia | 2026           | 02  | 23  |
| 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 GESTANTE DE 23 AÑOS, ACUDE A PRIMER CONTROL PRENATAL, CON PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA. CURSANDO EMBARAZO DE 4.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (20/01/2026) (NO CONFIABLE), FECHA PROBABLE DE PARTO:27/10/2025, SE ENVIA ECOGRAFIA PARA CONFIRMACION DE EDAD GESTACIONAL, CON RIESGO OBSTÉTRICO: 6 ALTO. ABORTO (1) PERIODO INTERGENESICO MENOR A 18 MESES (2), MADRE CON PREECLAMPSIA (2), SIN INSTRUCCION (1) X. SCORE MAMA 2025: 0 GASTO URINARIO NO CUANTIFICABLE, OXIGENOTERAPIA AIRE AMBIENTE. AL MOMENTO ESTABLE, AFEBRIL, ASINTOMÁTICA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, REFIERE SECRECION BLANQUECINA DE UNA SEMANA DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE QUE CAUSA PRURITO. NIEGA CEFALEA, NIEGA DOLOR PÉLVICO, NIEGA SANGRADO, NIEGA PÉRDIDA DE LÍQUIDO. NIEGA ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGÍA. SE ENVIA REFERENCIA PARA EVALUACION DE GINECOLOGIA POR RIESGO OBSTETRICO ALTO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|   |
|---|
| . |
|---|

## 5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-23 | 13:44 | Medicina Rural | LIZBETH MICHELLE MORETA DIAZ | 1719577114 |       |

## 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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-23 | 13:44 | Medicina Rural | LIZBETH MICHELLE MORETA DIAZ | 1719577114 |       |

