

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	PARRAGA	MARIA DALESKA	07	10	2009	16 años, 3 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	1317679353	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA SANTA NARCISA y SI	098-661-6529 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1317679353	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	21
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 DE 16 AÑOS DE EDAD ECUATORIANA , PRIMIGESTA, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO QUE CONSULTA POR CONTROL PRENATAL SEGUNDO EN ESTA CASA DE SALUD , MENARQUIA 11 AÑOS , ALERGIAS AL MANI , APP NO REFIERE , APF MADRE HIPERTENSA , G: 0 P: 0 AB: 0 C: 0 , FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION 02-05-2025 , FECHA PROBABLE DE PARTO 06-02-2026 , AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE ESTAR CON LEVE DOLORDE BAJO VIENTRE CON HORAS DE EVOLUCION SIN PRESENTAR SEÑALES DE PELIGRO . S EREFIEREAPACIENE A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD POR SU TALLA,MENOR A 145 CM . IMC 29.1 SOBREPESO ,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: GRUO SANGUINEO O POSITIVO , NEPATITIS B NEGATIVO , HEPATITIS C NEGATIVO , VDRL NO REACTIVO , HIV1 +2 CUARTA GENERACION NO REACTIVO ACIDO FOLICO SERICO E INTRAERITROCITARIO: HB 10.5 G/DL , HCT 30 % ACIDO LACTICO: GLUCOSA 70.3 MG/DL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-21	08:26	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	

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
2026-01-21	08:26	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	

