

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	VILLALBA	EMMY JULEXI	14	03	2006	20 años, 2 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317749958	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LOS ALMENDROS y	099-825-8542 /
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	1317749958	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	05	22
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

USUARIA PRIMIGESTA, NULIPARA, ACUDE A LA CONSULTA PARA REVISIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO, DE EMBARAZO DE 34.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ÚLTIMA REGLA (20-9-2025) CONFIABLE, AL MOMENTO REFIERE ESTAR ASINTOMÁTICA, NO MENCIONA SIGNOS DE ALARMA NO PERDIDA DE MOCO-LIQUIDO O SANGRE, AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ORIENTADA TIEMPO Y ESPACIO, SE ENCUENTRA CON TRATAMIENTO CON HIERRO TERAPÉUTICO EQUIVALENTE A 120 MG DE HIERRO ELEMENTAL AL DÍA MÁS ÁCIDO FÓLICO 400 MCG/DÍA. POR EDAD GESTACIONAL AVANZADA Y REQUERIMIENTO DE CORRECCIÓN RÁPIDA, SE INDICA LA ADMINISTRACIÓN DE HIERRO INTRAVENOSO Y REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA SEGUIMIENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo Investigación de Malaria Negativo BIOMETRIA HEMATICA: GLOBULOS ROJOS: 3.7 HEMOGLOBINA:8 HEMATOCRITO:25.9 LEUCOCITOS: 13.7 NEUTROFILO:67.1 LINFOCITOS:23.7 PLT:408 ACIDO URICO: 2.10 GLUCOSA: 74.3 UREA: 17.28 CREATININA: 0.67

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
2026-05-22	14:57	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JULIO CESAR GARCIA OLEA

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
2026-05-22	14:57	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

