

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| BARRE            | CEDEÑO           | NARCISA LISSETH | 07                  | 08  | 2011 | 14 años, 6 meses, 5 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                                        | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|--------------------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1317750576        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SITIO CEIBO y ENTRADA PRINCIPAL A MANO IZQUIERDA | 098-924-6647 /      |
| 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                 | 1317750576      | 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  | 02  | 12  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad              | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <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 clinico

Paciente femenina de 14 años - acude a control prenatal, cursa con embarazo de 24.6 semanas de embarazo por Fecha de ultima menstruacion: al examen obstetrico altura uterina 24 cm feto único presentación cefálico, situación longitudinal, dorso derecho , frecuencia cardiaca fetal 145 latidos por minuto al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , proteína en orina no hay en unidad - , Score mama 0 , movimientos fetales presentes , no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso adecuada riesgo obstetrico alto por la edad - se refiere a GO - FICHA DE VIOLENCIA 0007219

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

## 5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     |                               |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-02-12 | 09:47 | Medicina General | DAVID GABRIEL MEZA MONTES | 1312779588 | <div>Firmado electrónicamente por:<br/><b>DAVID GABRIEL MEZA MONTES</b><br/>Validar únicamente con FirmaEC</div> |

## 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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-02-12 | 09:47 | Medicina General | DAVID GABRIEL MEZA MONTES | 1312779588 |       |

