

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MANZABA	MANZABA	NAYELI NATHALIA	25	02	2005	20 años, 10 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317810255	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO LA GARZA VIA SAN ANDRES y	099-337-6860 /
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	1317810255	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	01	16	
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

Usuaría de 20 años, con antecedentes familiares de preeclampsia, antecedentes personales de obesidad pregestacional, 2 abortos anteriores y edad, acude a control prenatal, cursa con embarazo de 28,6 semanas de gestación por ecografía realizada el 6/09/2025 que reporta embarazo de 10 semanas según lo descrito en evolución del segundo control, refiere dolor en región ilíaca de un mes de evolución de mediana intensidad, al examen obstétrico altura uterina 29cc feto único cefálico, situación longitudinal, dorso derecho, Frecuencia cardíaca fetal 146x/m, al examen ginecológico hay presencia de leucorrea blanca en introito, mas eritema, refiere prurito de 4 días de evolución, no hay presencia de sangrado, movimientos fetales presentes, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices, gasto urinario no cuantificable, oxigenoterapia, aire ambiente, tirilla en orina no se realiza por no contar con el insumo, Score mama (0), ganancia de peso adecuado, trae resultado de exámenes solicitados, incompletos, no se ha realizado ecografía, tamizaje de violencia negativo, Riesgo Obstétrico Alto, categoría (6), consulta de control en un mes

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos $4 \times 10^6/\mu\text{L}$ 4 - 6 Hemoglobina $\geq 10.8 \text{ g/dL}$ 13 - 17 Hematocrito $\geq 33.9 \%$ 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) $84.7 \mu\text{m}^3$ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 27 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 31.9 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13.2 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s $43.2 \mu\text{m}^3$ Plaquetas $\geq 515 \times 10^3/\mu\text{L}$ 150 - 450 Plaquetocrito 0.5 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) $9.7 \mu\text{m}^3$ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 11.2 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento células grandes) $112 \times 10^3/\mu\text{L}$ 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción células grandes) 21.8 % 18 - 50 Glóbulos Blancos $9.16 \times 10^3/\mu\text{L}$ 4 - 10 Linfocitos (%) $\geq 23.2 \%$ 25 - 40 Neutrófilos (%) 65 % 55 - 65 Monocitos (%) 7.2 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 4.3 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.3 % 0 - 2 Linfocitos (#) $2.13 \times 10^3/\mu\text{L}$ 1 - 4.4 Neutrófilos (#) $5.95 \times 10^3/\mu\text{L}$ 1.6 - 7 Monocitos (#) $0.66 \times 10^3/\mu\text{L}$ 0.3 - 1 Eosinófilos (#) $0.39 \times 10^3/\mu\text{L}$ 0 - 0.5 GLUCOSA 89.2 mg/dL 70 - 110 Urea 10.68 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.68 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 2.64 mg/dl 2.4 - 6 ULTRASONIDO: embarazo único saco gestacional buena posición, embarazo de 10 semanas,

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-16	08:09	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	 Firmado electrónicamente por: JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-16	08:09	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	