

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	ROSERO	PAOLA KATHERINE	09	11	2003	22 años, 4 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317911806	MANABI	JUNIN	JUNIN	EL ZAPOTE y SN	098-637-5546 /
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	1317911806	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL BASICO DE CALCETA - ANIBAL GONZALES ALAVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	04	02
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 22 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR CONTROL PRENATAL CURSA CON EMBARAZO DE 16 SEMANAS ,AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE NO REFIERE MOLESTIA ALGUNA,SCORE MAMA 0 ,SE ENCUENTRA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, ESTABLE AFEBRIL CONJUNTIVAS ROSADA, BOCA EN BUEN ESTADO, CUELLO TORAX NORMAL, MAMAS NORMAL, AL EXAMEN FÍSICO ABDOMEN COMPATIBLE CON EMBARAZO TRIPLE DE 21,1 SEMANAS AU: 27 CM , FCF 1 134 LPM FCF 2 134 LPM FCF 3 136 LPM ,CON LEVES MOVIMIENTOS EXTREMIDADES SUP E INF NORMALES ,CON PESO BAJO ,NO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL,SE LE HABLA SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO ,SE BRINDA ASESORÍA Y CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN, SE LE HABLA SOBRE PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE, PARTO HUMANIZADO, EDUCACIÓN PRENATAL, ACUDE CON ECOGRAFIA REALIZADA EL DIA 1DE ABRIL DEL 2026 DONDE REFIERE EMBARAZO TRIPLE MONOCORIONICO TRIAMNIOTICO DE 20.5 SEMANAS CON UTERO GESTANTE CON FETOS EN NUMERO DE 3 ,ILA NORMAL , FETO 1: TRANSVERSO FCF 139 LPM , ADECUADA CONFIGURACION CRANEOFACIAL ,HUESO NASAL PRESENTE CORAZON CON 4 CAMARAS PESO 430 GR FETO 2: PRESENTACION TRANSVERSO FCF 144 LPM , ADECUADA CONFIGURACION CRANEOFACIAL ,HUESO NASAL PRESENTE CORAZON CON 4 CAMARAS PESO 395 GR FETO 3: TRANSVERSO FCF 144 LPM , ADECUADA CONFIGURACION CRANEOFACIAL ,HUESO NASAL PRESENTE CORAZON CON 4 CAMARAS PESO 409 GR FPP 12 DE AGOSTO DEL 2026 ,EX.LAB: HEPATITIS B NEGATIVOS CHAGAS NEGATIVO PALUDISMO NEGATIVO UROANALISIS : EXAMEN MICROSCOPICO Píocitos 10 - 12 / Campo Hematíes 3 - 4 / Campo Células Epiteliales +++ / Campo Moco + Bacterias + Levaduras + ADEMÁS SE PRESCRIBE TRATAMIENTO CON HIERRO 60 MG MAS ACIDO FOLICO 0.4 MG VO QD POR 30 DÍAS (30 TABLETAS), CARBONATO DE CALCIO 500 MG VO QD POR 30 DIAS ,ASA 1 DIARIA POR 30 DIAS ,PACIENTE NO TRAE EXAMENES SE VUELVE A INSISTIR EN EXAMENES ,ADEMÁS SE REALIZA REFERENCIA 2 NIVEL DEBIDO AL RIESGO OBSTETRICO ALTO O 2 .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: HEPATITIS B NEGATIVOS CHAGAS NEGATIVO PALUDISMO NEGATIVO UROANALISIS : EXAMEN MICROSCOPICO Píocitos 10 - 12 / Campo Hematíes 3 - 4 / Campo Células Epiteliales +++ / Campo Moco + Bacterias + Levaduras + ULTRASONIDO: ECOGRAFIA REALIZADA EL DIA 1DE ABRIL DEL 2026 DONDE REFIERE EMBARAZO TRIPLE MONOCORIONICO TRIAMNIOTICO DE 20.5 SEMANAS CON UTERO GESTANTE CON FETOS EN NUMERO DE 3 ,ILA NORMAL , FETO 1: TRANSVERSO FCF 139 LPM , ADECUADA CONFIGURACION CRANEOFACIAL ,HUESO NASAL PRESENTE CORAZON CON 4 CAMARAS PESO 430 GR FETO 2: PRESENTACION TRANSVERSO FCF 144 LPM , ADECUADA CONFIGURACION CRANEOFACIAL ,HUESO NASAL PRESENTE CORAZON CON 4 CAMARAS PESO 395 GR FETO 3: TRANSVERSO FCF 144 LPM , ADECUADA CONFIGURACION CRANEOFACIAL ,HUESO NASAL PRESENTE CORAZON CON 4 CAMARAS PESO 409 GR FPP 12 DE AGOSTO DEL 2026

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EMBARAZO TRIPLE	O301	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-02	10:52	Obstetricia	MARIA ELIZABETH VENEGAS TOALA	0927503284	

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
2026-04-02	10:52	Obstetricia	MARIA ELIZABETH VENEGAS TOALA	0927503284	