

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REYES	MOREIRA	MAYRA KATHERINE	04	03	2005	19 años, 9 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317983540	MANABI	CHONE	SANTA RITA	24 DE JULIO y 9 DE OCTUBRE	099-263-3256 / (99)-999-9999
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	1317983540	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	01	01
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE PRIMIGESTA DE 19 AÑOS DE EDAD CON 36.2 SG (SEGUN FUM), FUM: 22-04-2024, FPP(SEGUN FUM):27-01-2024/ AP:NO REFIERE, APQX:NO REFIERE, APF:NO REFIERE, AGO: G0 P0 A0 C0. AL MOMENTO ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD PARA CONTROL PRENATAL SUBSECUENTE. RO: ALTO (EDAD + TRASTORNO HIPERTENSIVO). PACIENTE DURANTE CONSULTA PRESENTO TA: 147/94 Y TRO: ++ PROTEINA, POSTERIOR A CICLOS DE NIFEDIPINO TA: 120/79. SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD DEBIDO A TRASTORNO HIPERTENSIVO + HALLAZGO ECOGRAFICO DE PLACENTA MARGINAL IZQUIERDA BAJA GII

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECO (30-12) REPORTA EMB DE 35.5 SG (HOY 35.6) PRESENTACION CEFALICO, **PLACENTA MARGINAL IZQUIERDA BAJA GII** ILA: NORMAL, FCF:138

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PREECLAMPSIA LEVE A MODERADA	O140	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-01	19:09	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-01-01	19:09	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	