

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MACIAS           | LOPEZ            | ROSA MERCEDES | 02                  | 10  | 2001 | 24 años, 5 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        | 1317997243        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | HUESO DE VACA y X            | 099-535-6616 /      |
| 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                 | 1317997243      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2026  | 03  | 30  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <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 clínico

PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD, CURSA 36.4 SEMANA DE GESTACIÓN POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN : 17/07/2025 CON FECHA PROBABLE DE PARTO 23 DE ABRIL 2026 Y POR ECOGRAFIA DE PRIMER TRIMESTRE DEL 23/09/2025 (8.5SG ) EXTRAPOLADA AL DIA DE HOY 35.4 SEMANAS FPP:30/04/2026., MENARQUIA: 11 AÑOS, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: 17 AÑOS, NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: 1, ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL: NO REFIERE, PERIODOS DE MENSTRUACIÓN REGULARES: PLANIFICACIÓN FAMILIAR: HORMONAL INYECTABLE. EMBARAZO NO PLANIFICADO. PACIENTE REFIERE QUE NO TIENE SINTOMATOLOGIA ALGUNA , NO HAY SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA, NO SANGRADOS , NO SECRECIÓN,VAGINAL NO RASH. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA, GLASGOW 15/15, PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO BAJO = 3 PUNTOS (POR EL ABORTO, CICATRIZ PREVIA : 2P ) TA: 117/70 SCORE MAMA 0. GANANCIA DE PESO: INADECUADA . TIRILLA PROTEINURIA: NEGATIVO. SE PRESCRIBE HIERRO MAS ACIDO FOLICO 60+400MG NO SE ENTREGAN POR NO DISPONER EN STOCK. SE EXPLICAN LOS SIGNOS DE ALARMA Y SEÑALES DE PELIGRO EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA ACUDIR AL HOPSITAL MAS CERCANO. SE ENVIA TOMAR HIERRO 120MG ORAL DIARIO Y HACERSE NUEVO CONTROL DE BIOMETRIA HEMATICA EN UN MES POR ANEMIA LEVE. SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA POR CICATRIZ UTERINA PREVIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

----

## 5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA | O342   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-30 | 08:28 | Medicina General | MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO | 1314919760 |       |

## 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 |
|------------|-------|------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-30 | 08:28 | Medicina General | MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO | 1314919760 |       |