

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	ZAMBRANO	ASHLYN ZARIK	10	07	2010	15 años, 11 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350003586	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AYACUCHO y	098-973-2737 / (02)-262-7891
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	1350003586	SANTA MARTHA	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	07	06
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 GESTANTE PRIMIGESTA NULIPARA CURSA CON EMBARAZO DE 29.6 SEMANAS DE GESTACION POR FECHA DE LA ULTIMA MENS TRUACION 10/12/2026 ECOGRAFIA DEL DIA 16/04/2026 REPORTA EMBARAZO DE 17 SEMANAS POR BIOMETRIA FETAL. AL MOMENTO NIEGA SANGRADO, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO, AFEBRIL, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, PACIENTE REFIERE POLAQUIUREA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: HB 12.1 HTCO 36.5 PLAQUETAS 222 GLOBULOS BLANCOS 10.70GLUCOSA 98 HB GLICOSIADA 4.2 UREA 10 CREATININA 0.61 ACIDO URICO 3.9 COLESTEROL 243.7 TRIGLICERIDOS 215.6 COLESTEROL HDL 77 AST 14.7 ALT 10.7 MUESTRA SECRECION VAGINAL CELULAS ++ BACTERIAS +++ LEVADURAS +

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE PRIMIGESTA MUY JOVEN	Z356		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	10:42	Obstetricia	MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA	1313329672	

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
2026-07-06	10:42	Obstetricia	MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA	1313329672	