

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARIAS	LOOR	KARLA DEL ROCIO	26	07	2010	15 años, 3 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350316673	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUIEÑAS y SANTA MARTHA	099-284-1019 /
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	1350316673	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	11	12
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

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA A PACIENTE ADOLESCENTE PRIMIGESTA MUY JOVEN NULIPARA PRESENTA AL MOMENTO 27.5 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFIA TARDIA. PACIENTE AL MOMENTO NO REFIERE SANGRADO TRANS VAGINAL, NO FLUJOS , NO LEUCORREA, NO HA PRESENTADO NAUSEAS O VOMITO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACIDO FOLICO SERICO E INTRAERITROCITARIO: HB 10.2 HTO 30.2 HCM 31.5 NEUTROFILOS 52.7 GRUPO SANGUINEO ABO/RH: GRUPO O FACTOR RH NEGATIVO GLUCOSA: Glucosa 85.6 Urea 13.19 Creatinina 0.59 Ácido Úrico 2.57

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-12	15:11	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