

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HUERTA	ROMERO	DARLYN MAGABI	06	06	2012	13 años, 5 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350377881	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	UNIDOS VEMCEREMOS y	099-963-8446 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1350377881	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	11	27	
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

Usaria de 13 años, primigesta ,acude a primer control prenatal, cursa con embarazo de 9.5 semanas de gestación por Fecha de ultima menstruación 20/09/2025 , estable, afebril al momento. Al examen físico paciente orientada en tiempo y espacio Cabeza: normocefalo, no rash, no fiebre no conjuntivitis , Conjuntivas:normal , Cuello: Tiroides:Visible sin adenopatias;Tórax: Corazón: Rítmico, ruidos cardiacos normales ,Pulmones: campos pulmonares claros y ventilados; Mamas: Pezones Formados; Abdomen: plano, gestante/ no se ausculta Frecuencia cardiaca fetal , presentación indeterminada, al examen obstétrico altura uterina 11cc, al examen ginecológico con espejulo no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, movimientos fetales ausentes , Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , Score mama (0) , estado nutricional normal, se solicitan exámenes complementarios ecografía e interconsultas a Psicología, Nutrición, Odontología, Inmunización, Medicina familiar, tamizaje de violencia negativo, previo consentimiento informado se realiza prueba rápida de VIH cuarta generación No reactiva, Sífilis No reactiva, Chagas negativa, Hb capilar no contamos al mlomento con microcubetas, Riesgo Obstetrico Alto , categoría (4) , tamizaje de violencia aparentemente negativo, por edad se explica a usuaria y acompañante la notoficacion que se debe realizar en formulario 094 con serie 0004706, se refiere a segundo nivel, consulta de control en un mes.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VIH NO REACTIVO, SIFILIS NO REACTIVO Y CHAGAS NO REACTIVO, PRIMIGESTA MUY JOVEN CON ALTO RIESGO DE PREECLAMPSIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-27	11:03	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	 FIRMA Firmado electrónicamente por: JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-27	11:03	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	