

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PIN	ZAMBRANO	MARIA ROSALIA	29	01	1996	28 años, 7 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	1350501084	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	COPETON y A 10 CASAS DEL CEMENTERIO	098-752-6725 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo			Distrito/Area		
MSP	1350501084	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		2024	09	26
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 acude a confirmar embarazo indica que no recuerda y tiene fum pero INDICA que tiene 7 meses, al momento se realiza el primer control prenatal, cursa con embarazo de 33 semanas riesgo obstetrico alto por insuficiencia de controles, requiere y solicita esterlizacion

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOHISTOQUIMICA: PRUEBA DE VDRL Y HIV NO REACTIVOS ULTRASONIDO: utero ocupado por feto unico vivo sexo femienino posicion cefalico dorso lateral derecho, cabeza nromocelalo corazon cautro camaras fcf 154 lpm organos intrabdominales nomrocfigurados, cordon umbiical 3 vasos 2 arterasi una vena no se evidencia circular de cordon, placenta fundci anteriorgrado 1-2 maduracion ila 17.08 peso 1017 considear embarao27 semanas gestacion por BF fpp 13 nov 2024, sexo femenino
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-26	13:33	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	 Firmado electrónicamente por: JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ

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
2024-09-26	13:33	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	