

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MALA	ZAMBRANO	MARIUXI MAGDALENA	11	06	1999	26 años, 8 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350604144	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TABLADA DE SANCHES y	099-183-9304 / (00)-000-0000
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	1350604144	SANTA RITA	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	02	18
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	☐	EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO (8)	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 26 AÑOS. CURSA EMBARAZO DE 26.6 SEMANAS POR FUM: 15/8/2025 ... AGO: G1 C1 ... PACIENTE ACUDE A SU CONTROL PRENATAL # 4 — CON CATEGORIZACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO MUY ALTO (8) POR CESAREA PREVIA + ANTEC. FAMILIAR (MADRE Y HERMANA) DE PREECLAMPSIA + OBESIDAD + PERIODO INTERGENÉSICO PROLONGADO ... PACIENTE REFIERE DOLOR DE CABEZA MATUTINOS. NO TRAE CONSIGO EXÁMENES Y ECOGRAFÍAS PREVIOS ... AFU: 27 CM - FCF: 130 LPM ... ***PLAN: SE ENVÍA A REALIZARSE EXÁMENES DE LABORATORIO DE CONTROL + ECOGRAFÍA DE TERCER TRIMESTRE ***MEDICACIÓN: HIERRO + ACIDO FOLICO 60.4MG C/DÍA POR 30 DÍAS --- CARBONATO DE CALCIO 500MG C/8HRS POR 30 DÍAS --- ACIDO ACETILSALICILICO 150MG C/DÍA POR 30 DÍAS --- PARACETAMOL 500MG C/8HRS POR 5 DÍAS. ***INDICACIONES: SE BRINDA ASESORÍA EN NUTRICIÓN Y ANTICONCEPCION. SE BRINDA EDUCACION PRENATAL. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA. ***SE REALIZA INTERCONSULTA CON MEDICINA FAMILIAR, VACUNACIÓN Y SERVICIO DE ODONTOLOGÍA. SE REALIZA REFERENCIA A 2DO NIVEL DE ATENCIÓN (HOSP. GRAL. DAVILA CORDOVA) POR EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ACUDE A CONSULTA SIN EXÁMENES DE LABORATORIO NI ECOGRAFÍAS PREVIAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	O260		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-18	10:20	Obstetricia Rural	YERLIN ISMAEL ZAMBRANO MONCADA	0956029557	

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
2026-02-18	10:20	Obstetricia Rural	YERLIN ISMAEL ZAMBRANO MONCADA	0956029557	