

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACOSTA	MALA	DANNA BRISNEY	20	07	2010	15 años, 10 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350622369	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	9 DE OCTUBRE y	098-905-4884 /
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	1350622369	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		2026	06	05
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

Usuaría de 15 años, primigesta, acude a control prenatal, cursa con embarazo de 34.6 semanas de gestación por Fecha de ultima menstruación refiere leve dolor en hipogastrio, / estable, afebril al momento. al examen obstétrico altura uterina 31cc, feto único cefálico, situación longitudinal, dorso derecho, Frecuencia cardiaca fetal 148xm, movimientos fetales presentes Extremidades Inferiores No edemas, no várices , gasto urinario no cuantificable, oxigenoterapia, al ambiente, tirilla en orina negativo, Score mama (0) , ganancia de peso adecuado, Riesgo Obstetrico alto , categoría (4) , tamizaje de violencia negativo, consulta de control con medicina familiar, se refiere a segundo nivel para evaluacion

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo Método: Inmunocromatografía HIV 4ta Generación No reactivo Método: Inmunoquimioluminiscencia VDRL No reactivo OTROS ANALISIS: PLASMODIUM NEGATIVO BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.07 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina ¿ 10.7 g/dL 13 - 17 Hematocrito ¿ 34.6 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 85 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) ¿ 26.3 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 30.9 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 42.4 μm³ Plaquetas 322 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.32 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10.1 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 12.7 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 84 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 26.1 % 18 - 50 Glóbulos Blancos ¿ 10.76 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) ¿ 22.6 % 25 - 40 Neutrófilos (%) ¿ 66.6 % 55 - 65 Monocitos (%) 4.3 % 2 - 10 Eosinófilos (%) ¿ 6.1 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.4 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.43 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) ¿ 7.17 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.46 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) ¿ 0.66 10³/μL 0 - 0.5 GLUCOSA ¿ 63.4 mg/dL 70 - 110 Urea 13.14 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.71 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 4.28 mg/dl 2.4 - 6 ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 33.3 SEMANAS, FETO UNICO VIVO, SEXO MASCULINO, CEFALICO, DORSAL DERECHO, PLACENTA FUNDICA POSATERIOR GARDO 2, ILA 13.4CC, PESP FETAL 2278G

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-05	10:59	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

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
2026-06-05	10:59	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	