

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLAVICENCIO	SOLORZANO	GENESIS GABRIELA	11	05	1997	28 años, 4 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350889828	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LIMON I y LIMON I	098-668-3543 / (99)-999-9999
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	1350889828	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	09	25
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 multigesta nulipara cesareada anterior 2 veces, acude a control prenatal, cursa con embarazo de 32.6 semanas por Fecha de ultima menstruación: 8/02/2025, al examen obstetrico altura uterina 30cc, feto único presentación cefálico , situación longitudinal, dorso derecho, al examen ginecológico hay presencia de leucorrea blanca en moderada cantidad en vagina, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , proteína en orina negativo , Score mama 0 , movimientos fetales presentes , no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso inadecuado por deficit,tamizaje de violencia negativo riesgo obstetrico alto, se refiere a segundo nivel, consulta en un mes

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.03 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina ¿ 12.3 g/dL 13 - 17 Hematocrito ¿ 35.3 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 87.6 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 30.5 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 34.8 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13.2 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 44 μm³ Plaquetas 235 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.26 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10.9 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 13.9 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 74 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 31.7 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 7.3 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) ¿ 18.2 % 25 - 40 Neutrófilos (%) ¿ 68 % 55 - 65 Monocitos (%) 8.5 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 4.2 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 1.1 % 0 - 2 Linfocitos (#) 1.33 10³/μL 1 - 4.4 Neutrofilos (#) 4.96 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.62 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.31 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.08 10³/μL 0 - 0.2 GLUCOSA: Glucosa 74.7 mg/dL 70 - 110 Urea 10.72 mg/dL 10 - 50 Creatinina ¿ 0.52 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 2.72 mg/dl 2.4 - 6 ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 33 SEMANAS POR ECOGRAFIA , FETO UNICO CINETICA NORMAL, PRESENTACION CEFALICA, LATIDOS 145 X MINUTO, ILA 15CM, PESO FETAL 2158G, HUESO NASAL MIDE 10MM, VENTRICULOS CEREBRALES NORMALES. TSH: 1.34, T4 0.91 EMO: COLOR TURBIO, AMARILLO, LEUCOCITOS POSITIVO, BACTERIAS +, HEMATIES DE 15-18 X CAMPO, CRISTALES DE OXALATO DE CALCIO, SANGRE POSITIVO, PIOCITOS 8-10 X CAMPO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-25	11:20	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

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 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
2025-09-25	11:20	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	