

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOL	CEDEÑO	KAREN PRISCILA	06	11	2008	16 años, 4 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	1351239361	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARO y	096-981-4024 / (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	1351239361	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	03	13
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

ACUDE A QUINTO CONTROL PRENATAL POR EMBARAZO DE 33,6SG POR FUM NO CONFIABLE Y 34,2 POR ECO TARDIO , AL MOMENTO REFIERE LEVE DOLOR DE CADERAS, DIUREIS Y DEPOSICION NORMAL, REFIERE CONCILIAR BIEN EL SUEÑO, APETITO CONSERVADO, NO TRAE EX DE LABORATORIO ENVIADO ALGUNAS VECES, AL MOMENTO NO CONTAMOS CON MICROCUBETAS PARA HACER PRUEBA DE HB EN CONSULTORIO, ECOGRAFIA OBSTETRICA 26/2/2025: EMB 32,1 SG FPP 22/4/2025: HUESO NASAL PRESENTE, EXTREMIDADES NORMALES, CORAZON 4 CAMARAS.DBP 8.11CM

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SCORE MAMA 0, RIESGO OBSTETRICO BAJO, PREVENCION DE PRECLAMPSIA. VALORACION POR ESPECIALIDAD.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	Z340		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-13	09:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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