

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GOMEZ	SOLORZANO	DAYANNA JAMILETH	03	04	2005	21 años, 1 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351265226	MANABI	CHONE	CONVENTO	CONVENTO y	099-715-0263 /
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	1351265226	CONVENTO	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	05	14
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 DE SEXO FEMENINO DE 21 AÑOS DE EDAD LA CUAL ACUDE POR SU CONTROL PRENATAL, RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO TOTAL 9 POR ANTECEDENTE DE PRECLAMPSIA :3 HERMANA CON PRECLAMPSIA : 2 ABORTO : 1 OBESIDAD : 3 SCORE MAMA 0 CON EMBARAZO DE +/- 22.6 SEMANAS DE GESTACIÓN SEGÚN ECO FECHA PROBABLE DE PARTO 12/09/2026 ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: GESTAS: 3 PARTO: 0 CESÁREAS: 2 ABORTOS: 1 ALERGIAS: NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE PACIENTE NO REFIERE MOLESTIA ALGUNA AL MOMENTO PACIENTE: ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL, ACTIVA-REACTIVA. SE PROCEDE A REALIZAR EXAMEN FÍSICO TÓRAX: RUIDOS CARDIACOS: RITMICOS, CAMPOS PULMONARES: VENTILADOS ABDOMEN: GLOBULOSO COMPATIBLE CON EMBARAZO DE +/- 22.6 SG, NO DOLOROSO, ÚTERO PALPABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO 9 AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE GINECOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-14	14:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-05-14	14:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

