

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINARGOTE	ORTIZ	KARLA STEFANIA	29	09	2000	24 años, 11 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351576770	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VERGEL y	098-126-0338 /
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	1351576770	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	09	02
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

GESTANTE DE 11.3 SEMANAS DE GESTACION POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION Y 13 SEMANAS POR ECO DEL 19/08/2025 CON RIESGO OBSTETRICO ALTO (RIESGO EN LA HISTORIA OBSTETRICA POR ABORTO A LOS 7 MESES HACE 7 AÑOS), SE ENVIAN EXAMENES DE LABORATORIO PERFIL TIROIDEO PARA RE -EVALUAR VALORES DE TSH 0.2 T42.6 - QUE DAN ID DE HIPERTIROIDISMO EN EL EMBARAZO Y TOXOPLASMA IGM PARA REVALIDAR RESULTADO POSITIVO -SE EMITE REFERENCIA A GINECOLOGIA - CONTROL MENSUAL PROXIMA CITA OCTUBRE 2025

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

03/11/2019 11:03:11 AM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO CON OTRO RIESGO EN LA HISTORIA OBSTETRICA O REPRODUCTIVA	Z532	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-02	14:33	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefieri o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

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
2025-09-02	14:33	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	