

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	HERRERA	JULEXY LISSETH	13	03	2006	19 años, 5 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351720964	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	VIA LA PAPAYA 3 CAMINOS y	098-514-1046 /
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	1351720964	ELOY ALFARO	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	09	08
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 19 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE RELEVANCIA, NIEGA ALERGIAS , APF: NO REFIERE, AGO: G:0, FUM: 12/06/2025 (NO CONFIABLE), FPP: 19/03/2026, CURSA CON EMBARAZO DE 12.6 SG POR FUM Y 16,1 SG POR ECOGRAFIA DEL 19/08/2025 CON 13,2 SG. CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO: RIESGO OBSTETRICO BAJO (GESTANTE DE 19 AÑOS). ACUDE AL CENTRO DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU MADRE PARA SU TERCER CONTROL PRENATAL. GESTANTE DE MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES NIEGA SIGNO O SINTOMA DE ALARMA, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS NEUROLÓGICAS, ALERTA, AFEBRIL, COLABORADORA AL INTERROGATORIO, EXAMEN FISICO SIN ALTERACION. SCORE MAMA 0. SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: FETO UNICO, VIVO, PRESENTACION TRANSVERO; SITUACION LONGITUDINAL; LATIDOS CARDIACOS PRESENTES; LATIDOS CARDIACOS 154 LPM; PESO 273.45 GR; EMBARAZO DE 15 SEMANAS 4 DIAS DE GESTACION POR US; FPP 20/02/2026 SE OBSERVA PLACENTA DE IMPLANTACION BAJA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR POSICION FETAL OBLICUA O TRANSVERSA	O322		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-08	14:50	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	

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
2025-09-08	14:50	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	

