

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	MURILLO	ERIKA STEFANIA	01	02	2011	15 años, 1 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351724099	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO CAMARONES y SN	096-702-9460 / (00)-000-0000
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	1351724099	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	03	11
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 GESTANTE DE 15 AÑOS DE EDAD, ACUDE A PRIMER CONTROL PRENATAL, OCUPACIÓN: AMA DE CASA, NIVEL DE INSTRUCCIÓN: PRIMARIA, ETNIA: MESTIZA, RELIGION: CRISTIANA, ESTADO CIVIL: SOLTERA, LUGAR DE NACIMIENTO: FLAVIO ALFARO, LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: LAS PEÑAS- AL LADO DE LA IGLESIA CRISTIANA. TIPO DE SANGRE: NO RESPONDE, SEGURO: NO, NUMERO CELULAR: 0954711472- EMERGENCIA (MADRE) 0967029460, APP: EPILEPSIA EN TRATAMIENTO CON CITICOLINA (SOMAZINA) 5 ML CADA 24 HORAS + LEVETIRACETAM 500 MG CADA 12 HORAS Y ACIDO VALPROICO (valcote) 250 MG UNA VEZ AL DIA, REFIERE QUE ABANDONA TTO POR GETACION HACE 2 MESES, SIN EMBARGOP CONVULSIONES SE HAN INTENSIFICADO, EN 5 OCACIONES DURANTE ESTOS DOS MESES. APF: ABUELA PATERNA HTA , ALERGIAS: NO, AGO: G0, P0, C0, A0. FUM: 18/01/2026, (7.4 SG.) MENARQUIA: 10 AÑOS, CICLOS MENSTRUALES REGULARES, EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL: 13 AÑOS, NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: 2, MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NO, EMBARAZO NO PLANIFICADO. PAP TEST: NO REFIERE, RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO 7 PUNTOS. AL MOMENTO NO REFIERE SECRECIONES,ACUDE CON ECOGRAFIA OBTETRICA TEMPRANA DEL 27/02/26: CON REPORTE DE UTERO ANTEVERSO, GRAVIDO, SIN QUISTE, NI MASAS, SE OBSERVA SACO GESTACIONAL BIEN IMPLANTADO HACIA EL FONDO DEL ÚTERO, QUE MIDE 11 MM PARA 4.1 SEMANAS DE GESTACION, EN SU INTERIOR AUN NO SE OBSERVA BOTON EMBRIONARIO, SE SUGIERE ECOGRAFIA EN DOS SEMANAS. EDAD GESTACIONAL POR 4.1. SE VISUALIZA HEMATOMA RETROCORIAL QUE MIDE 1.4X06CM. SDG AL MOMENTO DE LA ECOGRAFÍA, ADEMAS TRAE EXAMENES DE LABORATORIO QUE SE ENCUENTRAN DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. PACENTE REFIERE QUE NO LE DIERON REFERENCIA PARA GINECOLOGIA Y SIN DATOS EN LA LIS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: VIH NO REACTIVO, HEPATITIS C Y B NO REACTIVO, CHAGAS NO REACTIVO, MALARIA NO REACTIVO BIOMETRIA HEMATICA: GB 7.8, NUET 54.7%, LINF 38.3%, MON 5.8%, BR 4.68, HB 13.5, HTC 39, PLAQ 379000 CLINITEST EN ORINA: AMARILLO LIGERIA MENTE TURBIO, DESNIDAD 1015, PH 7 RESTO DE EXAMEN NORMAL ULTRASONIDO: ECOGRAFIA OBSTRICA GESTACION CON PRESENCIA DE EMBRION DE 6SG, FECHA PROBABLE DE PARTO 29/10/2026, SE EVIDENCIA FETO UNICO CERVIX LARGO OCI Y OCE CERRADOS, REACCION COROIDECDUAL NORMAL, FCF 126LPM, SE VISUALIZA HEMATOMA RETROCORIAL QUE MIDE 1.4X0.6CM ULTRASONIDO: ECOGRAFIA OBSTRICA TEMPRANA DEL 27/02/26: CON REPORTE DE UTERO ANTEVERSO, GRAVIDO, SIN QUISTE, NI MASAS, SE OBSERVA SACO GESTACIONAL BIEN IMPLANTADO HACIA EL FONDO DEL ÚTERO, QUE MIDE 11 MM PARA 4.1 SEMANAS DE GESTACION, EN SU INTERIOR AUN NO SE OBSERVA BOTON EMBRIONARIO, SE SUGIERE ECOGRAFIA EN DOS SEMANAS. EDAD GESTACIONAL POR 4.1. SE VISUALIZA HEMATOMA RETROCORIAL

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
2026-03-11	11:26	Medicina Rural	JEAN CARLOS LOOR CHICA	1313627729	

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
2026-03-11	11:26	Medicina Rural	JEAN CARLOS LOOR CHICA	1313627729	