

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CHEREZ	ANA CRISTINA	18	07	2002	22 años, 7 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351737109	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	099-756-7760 /
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	1351737109	SANTA RITA	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	02	24
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 secundigesta de 22 años que cursa gestación de 21 semanas acude a consulta por tercer control prenatal; acompañada de su esposo. APP: ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA, APF: no refiere; Alergias: no refiere; AQ: no refiere. FUM: 30/09/2024 ; FPP: 07/07/2025 Peso: 46,4 KG; TALLA: 149.6 cm, IMC: 20,73. Estado nutricional: normal ; ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS: 2 PARTOS: 1 CESAREAS:0 ABORTOS: 0 PIG: 18/06/2021 ; SCORE MAMA; PA: 113/72 mmhg; FC: 85x min, FR: 19x min; STO2 99%; T: 36 C. EST CONCIENCIA ALERTA: PROTEINURIA:NO APLICA. TOTAL SCORE MAMA:0. RIESGO OBSTETRICO IDENTIFICADO: ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA: 3 ptos + ITS (SIFILIS POSTIVO): 2 PTOS PONDERACION 5. RIESGO OBSTETRICO ALTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TAMIZAJE DE VDRL: REACTIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SIFILIS QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O981		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-24	08:42	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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
2025-02-24	08:42	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	