

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	POVEDA	GABRIELA LISBETH	13	08	1998	27 años, 10 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351796980	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	Y DE CUCUY y	098-977-8321 /
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	1351796980	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		2026	07	07
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 27 AÑOS, CON FUM DE 11/12/2025 CORRESPONDIENTE A 29.6 SEMANAS DE GESTACION, ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS GESTAS: 2, ABORTOS: 1, CESAREAS: 1. (PACIENTE INDICA ESTRECHEZ PELVICA) PERIODO INTERGENESICO DE 11 AÑOS, ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: VPH DIAGNOSTICADO HACE 1 AÑO, SIN LESIONES, PACIENTE REFIERE TENER 2 DOSIS CONTRA EL VPH, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: ABUELA MATERNA DM2, ALERGIAS: NO REFIERE, HABITOS: NO REFIERE. ACUDE A CONSULTA DE OBSTETRICIA POR CONTROL PRENATAL Y LA RESPECTIVA REFERENCIA. PACIENTE INDICA QUE SE REALIZABA SUS CONTROLES EN EL C.S SAN ISIDRO, QUE ACUDIÓ HOY POR EMERGENCIA Y LE INDICARON ACUDIR A ESTA UNIDAD POR PERTINENCIA TERRITORIAL, AL MOMENTO SE ENCUENTRA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO QUE COLABORA CON EL INTERROGATORIO. -----CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO: ABORTO (MENOS A 20 SG) (1) + PERIODO INTERGENESICO > 5 AÑOS (1) + CICATRIZ UTERINA PREVIA CON EMBARAZO > 32 SG (2) + OBESIDAD IMC > 30 (3) + TORCH IGM POSITIVO (3) = 9 RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO-----

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

-----ULTRAS ONIDO OBSTETRICO----- PESO APROXIMADO: FETO: 1319.11 gr. 2. FRECUENCIA CARDÍACA: FETO: 136 LPM. - 3. PLACENTA: CON IMPLANTACION POSTERIOR GRADO DE MADUREZ I SEGÚN GRANUM. 4. ILA: CONSERVADO 5. SEXO: FETO: MASCULINO 5. FECHA PROBABLE DE PARTO POR FUM: 17-09-2026 6. FECHA PROBABLE DE PARTO POR BIOMETRIA FETAL: 11-09-2026 CONSIDÉRESE LO SIGUIENTE: * EMBARAZO ÚNICO, MOVIMIENTOS Y LATIDOS VISIBLES, CON EDAD GESTACIONAL, 28 SEMANAS CON 6 DÍAS POR BIOMETRÍA FETAL, SEXO MASCULINO, EN PRESENTACIÓN CEFÁLICO, SE OBSERVA 1 CIRCULAR DE CORDÓN, SIN ANOMALIAS DE HUESOS Y ÓRGANOS ABDOMINALES. -----BIOMETRIA HEMATICA----- Glóbulos Blancos 8.12 10³/μL 3.98 - 10.04 Neutrófilos (%) 62.9 % 34 - 71.1 Linfocitos (%) 26.8 % 19.3 - 51.7 Monocitos (%) 6.9 % 4.7 - 12.5 Eosinófilos (%) 2.1 % 0.7 - 5.8 Basófilos (%) 0.2 % 0 - 1.2 Neutrofilos (#) 5.10 10³/μL 1.56 - 6.13 Linfocitos (#) 2.18 10³/μL 1.8 - 3.74 Monocitos (#) 0.56 10³/μL 0.24 - 0.36 Eosinófilos (#) 0.17 10³/μL 0.04 - 0.36 Basófilos (#) 0.02 10³/μL 0.01 - 0.08 Recuento de Glóbulos Rojos 3.69 10⁶/μL 3.98 - 5.22 Hemoglobina 11.3 g/dL 11.2 - 15.7 Hematocrito 33.5 % 37 - 47 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 90.9 μm³ 79.4 - 94.8 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 30.4 pg 25.6 - 32.2 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 33.7 g/dL 32 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13.9 % 12.5 - 14.6 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 47.2 μm³ 35 - 56 Plaquetas 255 10³/μL 182 - 369 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10.7-----QUIMICA SANGUINEA----- GLUCOSA 80 UREA 6 mg/dL 9 - 23 CREATININA 0.5 mg/dL 0.5 - 0.9 COLESTEROL 227 mg/dL Triglicéridos 203, Ácido Úrico 4.4 mg/dl 3.1 - 7.8 PROTEINAS TOTALES EN SUERO 6.4 g/dL 5.7 - 8.2 Bilirrubina Total 0.5 mg/dL 0.3 - 1.2 Bilirrubina Directa 0.13 mg/dL Menor o igual a 0.3 Bilirrubina Indirecta 0.37 mg/dL 0 - 0.7 TGO/AST 14 U/l Menor o igual a 34 TGP/ALT 11-----TORCH -----Autoinmunes e Infecciosas Hepatitis C (HCV) Negativo Toxoplasma IgG Positivo Toxoplasma IgM Positivo

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	O268		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-07	14:56	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	

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
2026-07-07	14:56	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	