

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	BARRE	MARIA ISABEL	25	07	2006	19 años, 1 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351853054	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	30 DE MARZO y	098-907-7172 /
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	1351853054	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	12
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 acude al quinto control prenatal, orientada en tiempo y espacio, cursa con embarazo de 36.6 semanas de gestación, por Fecha de ultima menstruación 29/12/2025 AGO G:1 A:0 P:1 C:0 refiere secreción color amarilla, estable, a febril. Al examen físico Cabeza:normocefalo, Conjuntivas:normal , Cuello: Tiroides:Visible sin adenopatias;Tórax: Corazón, ruidos cardíacos normales ,Pulmones: campos pulmonares claros y ventilados; Mamas: Pezones Formados, abdomen gestante globuloso, Frecuencia cardiaca fetal 153 latidos, presentación cefálico, al examen obstetrico altura uterina 36 centímetros, feto único cefálico,situación longitudinal, dorso izquierdo, al examen ginecológico secrecion amarilla, no hay presencia de sangrado, movimientos fetales presentes, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices, Proteinuria no se realiza no quiere orinar ni al inicio ni al final de la consulta, Score mama 2, peso preconcepcional normopeso ganancia adecuada, no rash, no fiebre, no conjuntivitis, riesgo obstetrico alto (edad, anemia, infección en vías urinarias a repetición), ic medicina familiar, ref ginecologia.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: Recuento de Glóbulos Rojos 4 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 11.7 g/dL 13 - 17 Hematocrito 36.7 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 91.8 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 29.3 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 31.9 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 12.6 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 46.4 μm³ Plaquetas 208 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.22 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10.5 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 13.7 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento células grandes) 62 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción células grandes) 30 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 8.35 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 18.9 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 63.5 % 55 - 65 Monocitos (%) 10.5 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 6.4 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.7 % 0 - 2 Linfocitos (#) 1.58 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 5.3 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.88 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.53 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.06 10³/μL 0 - 0.2 CLINITEST EN ORINA: Color Ámbar Aspecto Turbio Densidad 1025 pH 6.0 Leuco 10 - 25 Leuco/uL Nitritos Negativo Proteínas Negativo mg/dL Glucosa Negativo mg/dL Cuerpos Cetónicos Negativo mg/dL Urobilinógeno Normal mg/dL Bilirrubinas Negativo Sangre Negativo Ery/uL Hemoglobina Negativo Ery/uL EXAMEN MICROSCÓPICO Leucocitos 12 - 15 / Campo Píocitos 3 - 4 / Campo Células Epiteliales 13 - 17 / Campo Moco++ Bacterias++ Cristales de Oxalato de Calcio+

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
2025-09-12	13:36	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	 Firmado electrónicamente por: MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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 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
2025-09-12	13:36	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	