

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIERA	QUINTERO	MARIA DE LOS ANGELES	21	12	1992	33 años, 4 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
VENEZOLANO/A	VENEZUELA	1354000133	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MANUEL DE JESUS ALVAREZ y COLON	099-549-3145 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1354000133	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	05	05
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

Usaria de 33 años, con antecedentes de cesareada anterior hace 10 años, acude a control prenatal, cursa con embarazo de 29.6 semanas de gestación por Fecha de ultima menstruación 9/10/2025, Y 32 X Eco precoz realizada el 18/11/2025 que reporta embarazo de 7.6 semanas, refiere leve dolor en hipogastrio infrecuente, estable, afebril al momento. al examen obstétrico altura uterina 31cc, feto único cefalico, longitudinal, dorso derecho, Frecuencia cardiaca fetal 132xm, movimientos fetales presentes , Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , gasto urinario no cuantificable, oxigenoterapia, al ambiente, tirilla en orina negativo, Score mama (0) , ganancia de peso inadecuada por deficit, se solicitan exámenes complementarios Riesgo Obstetrico alto, categoría (3) , tamizaje de violencia negativo, consulta de control en un mes, se refiere a segundo nivel.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo Método: Inmunocromatografía HIV 4ta Generación No reactivo Método: Inmunoquimioluminiscencia VDRL No reactivo ULTRASONIDO: FETO ÚNICO, LONGITUDINAL, CEFALICO, FCF 147XM, PLACENTA FUNDICA POSTERIOR GRADO 1, LIQUIDO AMNIOTICO EN VOLUMEN ACORDE A EDAD GESTACIONAL, EMBARAZO SIMPLE DE 29.2 SEMANAS EMO: QUIMICO NORMAL, SEDIMENTO, BACTERIAS +, PIOCITOS 4-6 X CAMPO, LEUCOCITOS 5-7 X CAMPO CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA: SIN CRECIMIENTO BACTERIANO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	11:21	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A

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
2026-05-05	11:21	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

