

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMORA	SUAREZ	PAOLA DEL CARMEN	03	08	1988	37 años, 11 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
VENEZOLANO/A	VENEZUELA	1354362350	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BOLIVAR y	098-712-7825 /
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	1354362350	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	07	14
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

Usuaría de 37 años, con antecedentes de cesarea anterior hace 15 años, secundigesta nulípara, cursa con embarazo de 35.6 semanas de gestación al momento afebril orientada en tiempo y espacio al examen obstetrico Abdomen: gestante altura uterina 31 cc, FCF 148 xm, movimientos fetales presentes , Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , gasto urinario no cuantificable, oxigenoterapia, al ambiente, Score mama (0) , ganancia de peso adecuado,tamizaje de violencia negativo,Riesgo Obstetrico alto categoría (4) , se refiere a segundo nivel

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: Investigación de Malaria Negativo BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.14 10^6/μL 4 - 6 Hemoglobina ¿ 12.4 g/dL 13 - 17 Hematocrito ¿ 37.4 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 90.4 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 30 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 33.2 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 45.6 μm³ Plaquetas 282 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.31 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) ¿ 11.1 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 14.6 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 95 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 33.6 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 7.73 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 32.5 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 57.2 % 55 - 65 Monocitos (%) 8.2 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 1.5 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.6 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.51 10³/μL 1 - 4.4 Neutrofilos (#) 4.42 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.63 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.12 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.05 10³/μL 0 - 0.2 GLUCOSA: Glucosa ¿ 66.6 mg/dL 70 - 110 Urea 15.27 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.63 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico ¿ 1.57 mg/dl 2.4 - 6 ULTRASONIDO: EMBARAZO UNICO, VIVO, DE 35 SEMANAS, CEFALICO, PLACENTA HOMOGENEA ANTERIOR GRADO 2, PESO 2518G, ILA NORMAL, FCF 116XM EMO: EXAMEN FÍSICO - QUÍMICO Color Amarillo Aspecto Transparente Densidad 1.020 1.005 - 1.030 pH 6.0 5.0-8.0 Leuco Negativo Negativo Nitritos Negativo Negativo Proteínas Negativo Negativo Glucosa Negativo Normal Cuerpos Cetónicos Negativo Negativo Urobilinógeno Normal /uL Normal Microalbuminuria Negativo Negativo Bilirrubinas Negativo Negativo Sangre Negativo Ery/uL Normal EXAMEN MICROSCOPICO Leucocitos 3 /uL 0-28 Píocitos 0 Hematíes 2 /uL 0-17 Células Epiteliales 2 / uL 0-28 Células Redondas 0 /uL 0-6 Moco 11 /uL 0-28 Bacterias Bacilos 0 /uL 0-7 Bacterias Cocáceas 3 /uL 0-7 Levaduras 0 /uL 0-1 Pseudohifas 0 /uL 0-1 Espermatozoides 0 /uL 0-6

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	15:21	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

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
2026-07-14	15:21	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	