

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CANTOS	SOLORZANO	DINNA DOLORES	01	07	1986	39 años, 0 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1721174819	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	AV 29 DE JUNIO y	097-942-2200 /
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	1721174819	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		2025	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

GESTANTE DE 39 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE RELEVANCIA, NIEGA ALERGIAS , APQ: NO REFIERE, AGO: G:8 P:8 HV7 HM1 PIG: 1 AÑOS 1 MES, FUM: 10/04/2025, FPP: 15/01/2026. CURSA CON EMBARAZO DE 13.6 SEMANAS POR FUM. CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO: RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO (GESTANTE DE 39 AÑOS + GRAN MULTIPARA + PIG < 18 MESES + SOBREPESO + ANEMIA MODERADA). ACUDE AL CENTRO DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU PAREJA PARA SU PRIMER CONTROL PRENATAL, PACIENTE REFIERE TENER 2 CONTROLES PRENATALES PREVIOS DE MANERA PARTICULAR, PERO NO TRAE NINGUN DOCUMENTO QUE LO VERIFIQUE. GESTANTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR PELVICO DE LEVE INTENSIDAD ESPORADICO ADEMÁS MENCIONA QUE EL DIA DE AYER EXPULSO UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE MOCO CON SANGRE TRANSVAGINAL. DE MOMENTO ESTABLE, ALERTA, AFEBRIL, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS NEUROLOGICAS. EXAMEN FISICO SIN ALTERACION. SCORE MAMA 0. SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMOGLOBINA: 10.5 G/DL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O990		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-14	15:13	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	

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
2025-07-14	15:13	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	

