

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	GARCIA	ANGELICA MARIA	02	10	1986	39 años, 7 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1721479705	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA AL TAMBO y VIA AL TAMBO	098-246-0317 /
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	1721479705	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	05	28
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

MULTIGESTA DE 39 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU PRIMER CONTROL PRENATAL, CURSA 37.6 EMBARAZO DE SEMANAS POR FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN: 05 SEPTIEMBRE 2025, INCIERTA, 32.2 SEMANAS POR ECO REALIZADA EL 21/05/2026, PACIENTE MENCIONA QUE HA ESTADO TOMANDO ANTICONCEPTIVOS ORALES, NO SABIA QUE ESTABA EN ESTADO DE GESTACIÓN, EMBARAZO NO PLANIFICADO, ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE MUY BIEN , BUEN APETITO (5 COMIDAS), G3 A 0 P 3 C 0, ULTIMA GESTA 2012, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NIEGA DOLOR , NIEGA LEUCORREA, NIEGA PERDIDAS DE LIQUIDO, NIEGA SANGRADOS TRANSVAGINAL,PACIENTE AMA DE CASA,MENARQUIA 13 AÑOS,INICIO DE RELACIONES SEXUALES 17 AÑOS, PAREJAS SEXUALES 2, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : ANTECEDENTES 3 NUTICIONALES 3, OBSTETRICOS ACTUALES 2 PUNTAJE : 8. telefono 0982460317-0996533375

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

solicitados.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	10:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-05-28	10:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

