

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| HERRERA          | PAZ              | BIELKA JOSSELYN | 24                  | 06  | 1995 | 30 años, 6 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        | 1725863441        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | 9 DE OCTUBRE y               | 095-983-5664 /      |
| 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                 | 1725863441      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2026  | 01  | 06  |
| 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 MULTIGESTA DE 30 AÑOS QUE CURSA GESTACIÓN DE SEMANAS ACUDE A CONSULTA POR CONTROL PRENATAL; PACIENTE REFIERE QUE DICIEMBRE 2025 ACUDIO A EMERGENCIA DEL HNDC CON SANGRADO ROJO RUTILANTE, ENVIARON CON REPOSO ABSOLUTO Y ECOGRAFIA DE CONTROL Y ENVIARON PROGESTERONA, AL DIA DE HOY DE LA ATENCION MEDICA REFIERE QUE VISUALIZO LEVE SANGRADO NIEGA DOLOR, FIEBRE, U OTRA SINTOMATOLOGIA, REFIERE QUE ACUDIO A ATENCION PRIVADA EN DICIEMBRE Y ENVIARON MAS PROGESTAGENO Y EL SANGRADO CESÓ HASTA HOY.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE MULTIGESTA DE 30 AÑOS QUE CURSA GESTACIÓN DE SEMANAS ACUDE A CONSULTA POR CONTROL PRENATAL; PACIENTE REFIERE QUE DICIEMBRE 2025 ACUDIO A EMERGENCIA DEL HNDC CON SANGRADO ROJO RUTILANTE, ENVIARON CON REPOSO ABSOLUTO Y ECOGRAFIA DE CONTROL Y ENVIARON PROGESTERONA, AL DIA DE HOY DE LA ATENCION MEDICA REFIERE QUE VISUALIZO LEVE SANGRADO NIEGA DOLOR, FIEBRE, U OTRA SINTOMATOLOGIA, REFIERE QUE ACUDIO A ATENCION PRIVADA EN DICIEMBRE Y ENVIARON MAS PROGESTAGENO Y EL SANGRADO CESÓ HASTA HOY QUE REAPARECIO LEVEMETE

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                             | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HEMORRAGIA PRECOZ DEL EMBARAZO, SIN OTRA ESPECIFICACION | O209   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                     |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-01-06 | 12:02 | Medicina Rural | HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA | 1314779040 | <br><b>Holger Yefrey Munoz Mantilla</b><br>Time Stamping Security Data |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐



Firmado electrónicamente por:  
**WILMER XAVIER LOOR**  
Validar únicamente con PíneaBC

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-06 | 12:02 | Medicina Rural | HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA | 1314779040 |       |

