

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PEREZ	VELEZ	JULEXY LISSETTE	10	05	2004	22 años, 1 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1726250911	MANABI	CHONE	SANTA RITA	BY PASS y	098-458-8264 /
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	1726250911	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	06	18	
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 acude a primer control prenatal trae resultado de HCG positivo realizada el 15/06/2026, refiere que en el mes de enero se administra anticonceptivo inyectable trimestral sin prescripción medica (04/01/2026) no refiere menstruación desde mes de enero hasta la fecha por lo se realiza el examen de HCG, antecedentes personales preeclampsia en embarazo anterior hace 9 meses, antecedentes familiares abuela materna y paterna hipertensa, abuela materna diabética, antecedentes quirúrgicos ; 1 cesárea hace 9 meses, Gesta 2 Parto0 Cesárea 1 Aborto 1, cursa con embarazo de 22 semanas por Fecha de última menstruación no confiable (10/01/2026, refiere asintomática, orientada en tiempo y espacio, estable, afebril, no rash, no signos vasomotores ni vasospasmos, no fiebre, no conjuntivitis. Al examen físico Cabeza: normocefalo, Conjuntivas: rosadas, Cuello: normal Tiroides; sin adenopatías, Tórax: Corazón Rítmico, ruidos cardíacos normales ,Pulmones: campos pulmonares claros y ventilados; Mamas: Pezones Formados, suaves no dolorosas a la palpación, secretantes, gestante, al examen obstétrico feto único vivo situación indeterminada, altura uterina 21cm movimientos fetales no percibidos por la madre, frecuencia cardíaca fetal 140lpm, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores no edemas, no várices, Proteinuria negativa , Score mama 0 , oxigenoterapia aire ambiente, gasto urinario no cuantificable, peso preconcepcional obesidad tipo III, Riesgo Obstétrico alto, Escala de riesgo 6; 1 cesárea anterior menor 18 meses, espacio intergenesico menor 18 meses, IMC>30, Pruebas rápidas realizadas en consultorio: HIV No Reactivo VDRL No Reactivo CHAGAS Negativa Hepatitis B Negativa Hepatitis C negativa. En caso de emergencia acudir a casa de salud mas cercana, Se envía estudios de laboratorio y ecografía. Referencia a HNDC ; Ginecología y Nutrición.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: HCG POSITIVO OTROS ANALISIS: PRUEBAS RAPIDAS: HIV NO REACTIVO VDRL NO REACTIVO CHAGAS NEGATIVA
HEPATITIS B NEGATIVA HEPATITIS C NEGATIVA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-18	08:33	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

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
2026-06-18	08:33	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PEREZ	VELEZ	JULEXY LISSETTE	10	05	2004	22 años, 1 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1726250911	MANABI	CHONE	SANTA RITA	BY PASS y	098-458-8264 /
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	1726250911	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Nutrición		2026	06	18
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 acude a primer control prenatal trae resultado de HCG positivo realizada el 15/06/2026, refiere que en el mes de enero se administra anticonceptivo inyectable trimestral sin preescrpcion medica (04/01/2026) no refiere menstruacion desde mes de enero hasta la fecha por lo se realiza el examen de HCG, antecedentes personales preeclapsia en ambarazo anterior hace 9 meses, antecedentes familiares abuela materna y paterna hipertensa, abuela materna diabetica, antecedentes quirúrgicos ; 1 cesaraea hace 9 meses, Gesta 2 Parto0 Ceserea 1 Aborto 1, cursa con embarazo de 22 semanas por Fecha de ultima menstruacion no confiable (10/01/2026, refiere asintomatica, orientada en tiempo y espacio, estable, afebril, no rash, no signos vasomotores ni vasospasmos, no fiebre, no conjuntivitis. Al examen físico Cabeza: normocefalo, Conjuntivas: rosadas, Cuello: normal Tiroides; sin adenopatias, Tórax: Corazón Rítmico, ruidos cardiacos normales ,Pulmones: campos pulmonares claros y ventilados; Mamas: Pezones Formados, suaves no dolorosas a la palpacion, secretantes, gestante, al examen obstetrico feto único vivo situación indeterminada, altura uterina 21cm movimientos fetales no percibidos por la madre, frecuencia cardiaca fetal 140lpm, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores no edemas, no várices, Proteinuria negativa , Score mama 0 , oxigenoterapia aire ambiente, gasto urinario no cuantificable, peso preconcepcional obesidad tipo III, Riesgo Obstetrico alto, Escala de riesgo 6; 1 cesarea anterior menor 18 meses, espacio intergenesico menor 18 meses, IMC>30, Pruebas rapidas realizadas en consultorio: HIV No Reactivo VDRL No Reactivo CHAGAS Negativa Hepatitis B Negativa Hepatitis C negativa. En caso de emergencia acudir a casa de salud mas cercana, Se envia estudios de laboratorio y ecografia. Referencia a HNDC ; Ginecologia y Nutricion.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: HCG POS TIVO OTROS ANALISIS: PRUEBAS RAPIDAS: HIV NO REACTIVO VDRL NO REACTIVO CHAGAS NEGATIVA
HEPATITIS B NEGATIVA HEPATITIS C NEGATIVA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-18	08:33	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

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
2026-06-18	08:33	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	