

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BURGOS	BRAVO	SUSANA ISABEL	26	02	2000	26 años, 4 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	1726957713	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE PRINCIPAL y	098-308-5534 /
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	1726957713	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	07	09
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 refiere no tener ningún control de embarazo ya que no se los realizar los controles en el centro de salud de su comunidad pese a que ella asistía para que la atiendan y solo enviaban estudios de laboratorio que son los que trae, antecedente de estudios de laboratorio realizados el 25/02/2026 y ecografías particular realizada el 13/04/2026 y 03/07/2026, antecedentes personales no refiere, antecedentes familiares no refiere, Gesta 3 Parto 3 Cesárea 0 Aborto 0, cursa con embarazo de 27.6 semanas por Fecha de ultima menstruación confiable 28/12/2025, paciente asintomática, orientada en tiempo y espacio, estable, afebril, no rash, 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, Abdomen: gestante, al examen obstetrico feto único vivo situación longitudinal, presentación cefálico, dorso derecho, altura uterina 27cm movimientos fetales positivos percibidos por la madre, frecuencia cardiaca fetal 145 lpm auscultado con doppler. al examen ginecológico hay presencia de leucorrea en abundante cantidad no mal olor, 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 , Riesgo Obstetrico alto Escala de riesgo 8; IMC>30, hermana con antecedente de preeclampsia, Rh negativa sencibilizada (refiere que si le colocaron la vacuna Anti D después de los 3 partos), Pruebas rapidas realizadas en consultorio: HIV No Reactivo VDRL No Reactivo CHAGAS Negativa Hepatitis B (no se dispone) Hepatitis C negativa. En caso de emergencia acudir a casa de salud mas cercana, Se envía estudios de laboratorio y ecografia. Cita en un mes. Referencia a HNDC-Ginecologia.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: Tipificacion A negativa BIOMETRIA HEMATICA: Hemoglobina 13.4 Hematocrito 41.6 Plaquetas 316 GLUCOSA: Glucosa 90.1 urea 13.16 creatinina 0.57 ac urico 4.88 ULTRASONIDO: ecografia particular reporta feto unico vivo , placenta fundica grado I, DBP 30 mm, FCF: 150lpm, Peso 150 gramos, Embarazo 15.2 semanas ULTRASONIDO: ecografia particular reporta feto unico vivo , placenta fundica grado II, DBP 66.7 mm, FCF: 138lpm, Peso 1016 gramos, Embarazo 27 semanas

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR OTRA ISOINMUNIZACION	O361		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	11:43	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
2026-07-09	11:43	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	