

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	OSTAIZA	MALLERLY ANAHI	02	05	2005	20 años, 9 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1727106245	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	VIA FACUNDO y	093-942-2337 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1727106245	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	02	23
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 GESTANTE DE 20 AÑOS, ACUDE A CONTROL PRENATAL, CURSANDO EMBARAZO DE 35.6 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MENS TRUACION (19/06/2025) (NO CONFIABLE), FECHA PROBABLE DE PARTO: 28/03/2026. CON RIESGO OBSTETRICO: 7 (MUY ALTO) PERIODO INTERGENSICO CORTO (2), CICATRIZ UTERINA PREVIA (2), IMC OBESIDAD (3). SCORE MAMA: 0. TRAE ECOGRAFIA DE SEGUNDO TRIMESTRE 13/11/2025 QUE REPORTA EMBARAZO DE 20.6 AL. AL MOMENTO ESTABLE, AFEBRIL, ASINTOMÁTICA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, NIEGA CEFALEA, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA SANGRADO, NIEGA PERDIDA DE LÍQUIDO. NIEGA ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGUÍNEO LEU: 7.87 NEU: 64.1 LINF: 26.4 HB; 10.6 HCT: 32.3 MCV: 84.6 PLT: 317 ULTRASONIDO: Indicaciones y datos clínicos EG: 36w3d FPP(EG): 16/03/2026 Coment clínicos: SECUNDIGESTA NULIPARA CESAREA X1 FUM INCIERTO 36,3 SG X ECO TARDIO 36,3 SG X PESO FETAL UNICO MASCULINO CEFALICO DORSO IZQUIEROD ANTERIOR ILA ADECUADO FCF ADECUADO PLACENTA FUNDICA ANTERIOR GRADO 3-4 SIN CIRCULAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O 342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-23	08:57	Obstetricia	TAYRON JEAMPIER MOREIRA MORA	1316234994	

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
2026-02-23	08:57	Obstetricia	TAYRON JEAMPIER MOREIRA MORA	1316234994	

