

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                  |                  |               |                     |     |      |                          |         |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
| BASURTO          | CHAVEZ           | KELLY MELISSA | 12                  | 05  | 2000 | 26 años, 2 meses, 1 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

|                 |                |                   |                     |         |           |                              |                              |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico                |
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1728075522        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | VIA AL TAMBO y               | 096-391-4703 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1728075522      | 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  | 07  | 13  |
| 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 clinico

SECUNDIGESTA FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD, APP: EPILEPSIA CONTROLADA CON LEVETIRTACETAN 2000 MG DIA, MAS LAMOTRIGINA 100 MG DIA. APF: PRE-ECLAMPSIA (TIAS) AQX: CESAREA (HACE 1 AÑO 6 MESES), ALERGIAS: NO REFIERE AGO: G3 P0 C1 A2, ACUDE A CITA MEDICA PARA CONTROL DE EMBARAZO POR GESTA DE 17.6 POR FUM DEL 10/03/2026 CON FPP EL 15/12/2026POR POR ECOGRAFIA 18.5 SG, REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA SANGRADO VAGINAL, NIEGA LEUCORREA, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO. NIEGA SINTOMATOLOGÍA AGUDA. SCORE MAMA 0, RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO 7 TELEFONO 0963914703.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.....

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2026-07-13 | 08:15 | 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 |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2026-07-13 | 08:15 | Medicina Familiar Y Comunitaria | YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO | 1009-13-1216663 |       |

