

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALMEIDA	MESIAS	DORYS MARIUXY	14	08	1994	31 años, 5 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1752338457	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO LA INDUSTRIA y	099-079-3468 /
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	1752338457	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	02	11
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 DE 31 AÑOS DE EDAD ECUATORIANA MULTIGESTA NULIPARA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO QUE CONSULTA POR CONTROL PRENATAL CUARTO EN ESTA CASA DE SALUD , MENARQUIA 13 AÑOS , ALERGIAS NO REFIERE , APP NO REFIERE , ULTIMA CESARIA HACE 7 AÑOS , APF NO REFIERE , G: 3 P: 0 AB:0 C: 3 , FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION 03-08-2025 , FECHA PROBABLE DE PARTO 10-05-2026 ,AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE QUE PRESENTA CONTRACCIONES ESPORADICAS SIN PRESENTAR SEÑALES DE PELIGRO MAS PRESENCIA DE GLÑANDULA DE BARTHOLIN SUPERANDO CON 4 DIAS DE EVOLUCION , IMC 29.7 ,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: inmunologia Examen Resultado Unidad Rangos Ref. 3.INMUNOLOGIA HEPATITIS C NEGATIVO -- VDRL NO REACTIVO -- HIV 1 + 2 CUARTA GENERACION NO REACTIVO - HEPATITIS B HEPATITIS B (HB

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
2026-02-11	09:36	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	

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
2026-02-11	09:36	Obstetricia	MARIA DEL CARMEN MERLING ESTACIO	0702433608	