

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORNEJO	NENGER	NAOMI TAMARA	15	03	2002	23 años, 11 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	1752974343	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y CHEGUEVARA	099-400-1639 / (02)-283-7602
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1752974343	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Obstetricia	2026	02	23
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE GESTANTES SECUNDIGESTA PRIMIPARA CURSA CON EMBARAZO DE 32.1 SEMANAS DE GESTACION POR ECOGRAFIA DEL SEGUDO TRIMESTRE. AL MOMENTO NIEGA SANGRADO, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO, AFEBRIL, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. PRESENTA RIESGO OBSTETRICO BAJO 3 PUNTOS (PERIODO INTERGENESICO >5 AÑOS) 1, (NINGUN CONTROL PRENATAL > 20 SEMANAS) 2.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: TOXOPLASMA IGM NEGATIVO RUBEOLA NEGATIVO CITOMEGALOVIRUS IGM NEGATIVO HERPES 1 NEG HERPES 2 NEG
NEGATIVO BIOMETRIA HEMATICA: HB 12.5 HCTO 36.5 PLAQUETAS 343 LEUCOCITOS 10.54 GLUCOSA: GLUCOSA 71 CREATININA 0.66
ACID URICO 3.19 EMO: COLOR AMARILLO ASPECTO TURBIO PROTEINAS POSITIVO LEUCOCITO 5X CAMPO BACTERIAS + + + +

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	O234		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-23	09:17	Obstetricia	MARIA GABRIELA MOREIRA MOREIRA	1313329672	

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

