

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANA	MENDOZA	PIERINA JAMILETH	18	04	2000	25 años, 5 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2200120059	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	099-203-4416 /
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	2200120059	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	09	25
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

GESTANTE SECUNDIGESTA PRIMIPARA ACUDE A CONTROL PRENATAL SUBSECUENTE POR EMBARAZO DE 27.1 SEMANAS DE GESTACION POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION CONFIABLE 19/03/2025, NO MENCIONA SIGNOS DE ALARMA NO PERDIDA DE MOCO-LIQUIDO O SANGRE, AL MOMENTO DE BUEN ESTADO GENERAL, TREA EXAMENES DE LABORATORIOS E IMAGEN PARA SU REVISION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: TORCH PRUEBA RÁPIDA Toxoplasma IgM Negativo Rubeola IgM Negativo Citomegalovirus IgM Negativo Herpes I y II IgM Negativo / Investigación de Malaria Negativo / Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo BIOMETRIA HEMATICA: Recuento de Glóbulos Rojos 4.14 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 12.4 g/dL 13 - 17 Hematocrito 38.2 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 92.2 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 30 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.5 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWc) 13.1 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs) 46.4 μm³ Plaquetas 310 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.29 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 9.3 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 10.5 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 57 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 18.4 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 7.95 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 28.6 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 59.6 % 55 - 65 Monocitos (%) 8.4 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 2.6 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.8 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.27 10³/μL 1 - 4.4 Neutrofilos (#) 4.74 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.67 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.21 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.06 ACIDO URICO: Ácido Úrico 2.58 CREATININA: Creatinina 0.60 GLUCOSA: Glucosa 87.8 UREA: Urea 13.56 EMO: EXAMEN FÍSICO - QUÍMICO Color Amarillo Aspecto Ligeramente Turbio Densidad 1015 pH 5.0 Leuco Negativo Leuco/uL Nitritos Negativo Proteínas Negativo mg/dL Glucosa Negativo mg/dL Cuerpos Cetónicos Negativo mg/dL Urobilinógeno Normal mg/dL Bilirrubinas Negativo Sangre Positiva (+) Ery/uL Hemoglobina Negativo Ery/uL EXAMEN MICROSCOPICO Leucocitos 1 - 3 / Campo Píocitos 5 - 7 / Campo Hematíes 5 - 7 / Campo Células Epiteliales Abundantes / Campo Bacterias +

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-25	12:33	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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