

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	CARRASCO	KARINA ESPERANZA	30	07	2000	25 años, 0 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2300290414	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PUENTE BEJUCO y	099-736-8158 /
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	2300290414	SANTA RITA	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	08	18
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 SEGUNDIGESTA DE 24 AÑOS QUE CURSA GESTACIÓN DE 29.4 SEMANAS ACUDE A CONSULTA POR TERCER CONTROL PRENATAL; CON ACOMPAÑANTE. APP: MIGRAÑA, APF: MADRE HIPERTENSA; ALERGIAS: NO REFIERE; AQ: NO REFIERE. FUM: 22/02/2025 (NO CONFIABLE, SEGUN PRIMERA ECO 24/01/2025); FPP: 29/11/2025 PESO: 79,7 KG; TALLA: 158 CM, ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD + GANACIA ADECUADA ; ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS:1 P:0 C:0 A:1 PIG:02/06/2019 (SECUNDIGESTA); SCORE MAMA; PA: 119/70 MMHG; FC: 97 X MIN, FR: 19 X MIN; STO2 99%; T: 36.3 C. EST CONCIENCIA ALERTA: PROTEINURIA: NO APLICA. TOTAL SCORE MAMA:0. RIESGO OBSTETRICO IDENTIFICADO: OBESIDAD IMC >30: 3 PTO + ABORTO: 1 PT + HEMORRAGIA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO : 2 PTO. PONDERACION: 6 RIESGO OBSTETRICO ALTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TRAE LABS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS HALLAZGOS ANORMALES EN EL EXAMEN PRENATAL DE LA MADRE	O288		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-18	18:47	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-08-18	18:47	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

