

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEDRANDA	LOOR	LISBETH SELENA	18	11	1998	27 años, 4 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2300922560	MANABI	CHONE	RICAURTE	RIO SANTO y	096-818-1567 / (00)-000-0000
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	2300922560	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	04	08
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 FEMENINA DE 27 AÑOS ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA REVISION DE EXAMENES CON EMBARAZO DE 31.5 SEMANAS DE GESTACION, NO REFIERE SIGNOS DE ALARMA, NO REFIERE PERDIDA DE LIQUIDO NI SANGRADO, SOCRE MAMA 0, RIESGOS OBSTETRICO BAJO, FUM 04/09/2025. AU: 34 FCF: 138 LPM.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: HB 11.3; LEUCO 4.0; HTC 32; PLTA 452 AST (SGOT): AST 15.76; ALT 12.4; COLESTEROL 347; TRIGLICERIDOS 253. CREATININA 0.74 GLUCOSA: 88 ULTRASONIDO: UTERO OCUPADO POR FETO UNICO VIVO DE SEXO FEMENINO, POSICION PODALICO DORSO LATERAL DERECHO, NO SE EVIDENCIA CIRCULAR DE CORDON PLACENTA FUNDICA, POSTERIOR GRADO 2 DE MADURACION. LIQUIDOS AMNIOTICO SUFICIENTE PARA LA EDAD GESTACIONAL. BIOMETRIA FETAL DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS	O 321		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-08	11:04	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	

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
2026-04-08	11:04	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	

