

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	JIMENEZ	DANA ISABEL	11	06	2005	21 años, 0 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
VENEZOLANO/A	VENEZUELA	30166425	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	099-473-5389 /
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	DAILOJ99200506110	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	06	15
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 acude a control prenatal, cursa con embarazo de. 13 semanas por ecografia, Fecha de ultima menstruacion no confiable, G1P0A1C0, trae resultados de laboratorio y ecografia solicitados, cabe señalar que la prueba de VDRL solicitada como confirmatorio Negativa, paciente refiere vomitos en la mañana, al examen físico conciente, orientada no rash, no fiebre, no conjuntivitis,abdomen al examen obstetrico abdomen suave, depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda, altura uterina 10cm, al examen ginecológico hay presencia de leucorrea en moderada cantida no mal olor, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores no edemas, no várices , proteína en orina no aplica, oxigeno terapia aire ambiente gasto urinario no cuantificable, Score mama 0, Ganancia de peso inadecuada , Riesgo Obstetrico alto, Escala de riesgo 4; aborto anterior, madre Rh negativa sensibilizada. En caso de emergencia acudir a casa de salud mas cercana, Referencia HNDC.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: VDRL NO REACTIVO OTROS ANALISIS: malaria negativo BIOMETRIA HEMATICA: Hemoglobina 12.2 Hematocrito 35 Plaquetas 325 Tipificacion O negativo GLUCOSA: Glucosa 78.7 urea 19.58 creatinina 0.69 ac urico 2.01 TGO20 TGP16 ULTRASONIDO: ecografia particular reporta feto unico vivo , placenta grado 0, LCC 77.7 , FCF: 158 Embarazo 13.2 semanas EMO: leucocitos +++ piocitos 2-4 bacterias + cel epiteliales 10-12 moco+

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR ISOINMUNIZACION RHESUS	O360		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	12:01	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

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
2026-06-15	12:01	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

