

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PEREZ	GOMEZ	OLIANNY SARAI	14	11	2003	22 años, 4 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
VENEZOLANO/A	VENEZUELA	30528278	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	BALZAR 1 y	000-000-0000 /
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	OLSPEG99200311140	ELOY ALFARO	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	03	24
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 DE 22 AÑOS, CON FUM DE 27/08/2025 CORRESPONDIENTE A 29.6 SEMANAS DE GESTACION, ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS GESTAS: 2 ABORTOS: 1 CESAREAS: 1. PERIODO INTERGENESICO DE 2 AÑOS (ABORTO), ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: ABUELAS HTA Y DM2, MAMA DM. ALERGIAS: NO REFIERE, ANTECEDENTES QUIRURGICOS: ABDOMINOPLASTIA (1 AÑO), HABITOS: NO REFIERE. ACUDE POR CONTROL PRENATAL. AL MOMENTO NO REFIERE SÍNTOMAS NI SIGNOS, SE ENCUENTRA AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE QUE COLABORA CON EL INTERROGATORIO. CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO: ABORTO (MENOS A 20 SG) (1) + ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA / ECLAMPSIA (3) + CICATRIZ UTERINA PREVIA CON EMBARAZO > 32 SG (1) + OBESIDAD IMC > 30 (3) = 6 RIESGO OBSTETRICO ALTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

-----BIOMETRIA HEMATICA----- Recuento de Glóbulos Rojos $\hat{z}$ 3.86 $10^6/\mu\text{L}$ 4 - 6 Hemoglobina $\hat{z}$ 11.8 g/dL 13 - 17 Hematocrito $\hat{z}$ 35.2 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) $91.2 \mu\text{m}^3$ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 30.6 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 33.5 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 12.6 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s $45.6 \mu\text{m}^3$ Plaquetas $164 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ 150 - 450 Plaquetocrito 0.22 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) $\hat{z}$ 13.3 μm^3 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c $\hat{z}$ 20.7 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) $83 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) $\hat{z}$ 50.6 % 18 - 50 Glóbulos Blancos $9.14 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ 4 - 10 Linfocitos (%) 26.6 % 25 - 40 Neutrófilos (%) $\hat{z}$ 65.2 % 55 - 65 Monocitos (%) 5.4 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 2.2 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.6 % 0 - 2 Linfocitos (#) $2.43 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ 1 - 4.4 Neutrófilos (#) $5.97 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ 1.6 - 7 Monocitos (#) $0.49 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.2 $10^3/\mu\text{L}$ 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.05 -----QUIMICA SANGUINEA-----GLUCOSA: Glucosa 83.5 mg/dL 70 - 110 Creatinina 0.89 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 2.42 mg/dl 2.4 - 6 Colesterol $\hat{z}$ 293.8 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos $\hat{z}$ 192.5 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 16.89 U/L 0 - 31 TGP/ALT 15.94 -----ECOGRAFIA OBSTETRICA-----ULTRASONIDO: FETO UNICO, PODALICO, DORO ANTERIOR, SITUACION TRANSVERSAL, PLACENTA GRADO II UBICACION ANTERIOR, LATIDOS CARDIACOS PRESENTES, LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL, PESO FETAL 482 GRAMOS, FCF: 137 LATIDOS POR MIN, SEXO FEMENINO, EMBARAZO DE 22. 1 SEMANAS DE GESTACION POR ULTRASONIDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	O268	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-24	11:09	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	

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
2026-03-24	11:09	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	