



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO											
MSP		001414	Santa Martha		CS	1312760307													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Zambrano		Zambrano		Ana		Briceida		M	22-01-1996	28	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
99-672-3356				X															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X											
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios													
13				1303		130350													

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Ginecologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
GES TANTE S ECUNDI GES TA NULI PARA ACUDE A CONTROL PRENATAL REF I ERE EMB ARZO ANTERI OR HACE 12 AÑOS CES AREAPROGRAMADA- GES TAS 1- A0- P0- C1- EMB ARZO NO PLANI F I CADO- NO REF I ERE ANTECEDENTES PATOLOGI COS PERS ONALES - F UM ENERO 2024- REF I ERE REALI ZARS E CONTROLES PRENATALES 4 EN I ES S CHONE- REF EI RE QUE TI ENE AGENDADO EXAMENES POR REALI ZARS E EN I ES S 9/9/2024- S E HA RALI ZADO 2 ECO 15/6/2024: EMB 20-1S G- PRES ENTACI ON PODALI CO- F CF 141 LPMI N- PLACENTANTERI OR GRADO 0- I LA 1CM- PES O 335GR- VENTRI CULOS CEREB RALES NORMALES - ECO 16/8/2024: 29S G- PES O 1332 GR- AL MOMENTO REF I ER LEVE REF LUJ O POS PANDRI AL- LEVE DI F I CUTAD PARA CONCI LI AR EL S UEÑO- REF I ERE QUE PRES ENTÓ LEUCORREA TRATADA CON OVULOS QUE NO RECUERDA NOMB RE S I N EMB ARGO PERS I S TE LEUCORREA AMARI LLO VERDOS A- PRURI TO Y ARDOR VAGI NAL DOLOR EN REGI ON S UPRAPUB I CA DE LEVE I NTENS I DAD. REF I ERE QUE ES TA TOMANDO S UPLEMENTO VI TMI ANI CO GES TAVI D DHA. S E REALI ZANPREB AS RAPI DAS EN CONS ULTORI O- VI H- S I F I LI S NEGATIVOS	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
GES TANTE DE 31.4 S G POR ECO TARDI O- CON F ACTORES DE RI ES GO I MC-24- PERI ODO I NTERGENES I CO -10 AÑOS - I VU CON S CORE MAMA 00- RI ES GO OB S TETRI CO ALTO TOTAL 6 PUNTOS I MC -25- PERI ODO I NTERGENES I CO - 5 AÑOS - I VU A REPETI CI ON - GANANCI A DE PES O ADECUADO. S E REF I ERE PARA VALORACI ON POR ES PECI ALDI AD	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Supervision De Otros Embarazos De Alto Riesgo		Z358	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-09-04	01:04	Tania	Velez	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1308557071				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN										
REFERENCIA JUSTIFICADA			SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA			SI	NO

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO



B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	