



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           | Centro De Salud Tipo C Tosagua   | CS-C                      | 1350699094                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Dominguez                             | Marcillo         | Fernanda                         | Liseth                    | M                                  | 27-02-2006                                              | 18   | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                       |                           | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 989529357                             |                  | X                                |                           | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | 1. Accesibilidad geográfica.     |                           | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                        | 3. Falta de equipamiento. |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                    | 1315             | 131550                           | 4. Equipos en mal estado. |                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  | 5. Problemas de infraestructura. |                           |                                    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |

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

GESTANTE DE 30 SEMANAS POR FUM 21/03/2024 ACUDE A CONSULTA POR CONTROL MEDICO - EN ESTE MOMENTOREFIERE SENTIRSE BIEN - BUEN ESTADO GENERAL- NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE NO CONTRACCIONES UTERINAS SE ENVIA A GINECOLOGIA PARA SUREVALORACION Y PLANIFICACION DE PARTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

US INDICADO

|                |                                       |                                 |      |     |     |    |  |  |     |     |     |
|----------------|---------------------------------------|---------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| E. DIAGNÓSTICO |                                       | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
| 1.             | Supervision De Primer Embarazo Normal |                                 | Z340 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                       |                                 |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                       |                                 |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-10-24                            | 04:31        | Karen         | Lopera          | Rodriguez        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1310488075                            |              |               |                 |                  |

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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |