



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	1316121910							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Loor	Cordova	Evelyn	Michelle	M	18-09-2000	24	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0986519853//0985474934		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		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

PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE ESTA CASA DE SALUD CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS CLINICA: NO REFIERE; ALERGIA: NO REFIERE QUIRURGICO: CESAREA HACE 4 AÑOS; AGO: G1P0C1A0 FUM 14/06/2024; HOSPITALIZACIONES?NIEGA.; TOXICOS: NIEGA; FARMACOS: NIEGA: QUE ACUDE CURSANDO EMBARAZO DE 33.6 SEMANAS DE GESTACION POR FUM Y 33.4 SEMANAS DE GESTACION PORECO(REALIZADA 5/09/2025 CON 11.6SG) AL DIA DE HOY REFIERE SENTIRSE BIEN-NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIO-NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES- NIEGA SINTOMAS VASO MOTORES- NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO MOCO O SANGRE. EXAMEN FISICO CABEZA NORMOCEFAL; CUELLO NO ADENOPATIAS;TORAX CSPSCLAROS Y VENTILADO; LSCS RITMICOSNO SOPLOS-ABDOMEN GLOBULOSO OCUPADO POR UTERO GRAVIDO DE ALTURA UTERINA 33 CM PRESENTACION CEFALICO DORSO_DERECHO FCF 157 LXM MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS- ACTIVIDAD UTERINA NEGATIVA AL TACTO VAGINAL PELVIS UTIL CUELLO UTERINO OCI Y OCE CERRADO PLANO ALTO- EXTREMIDADES SIMETRICA NO EDEMA-BUEN TONO MUSCULAR SCORE MAMA PA: 105/65 FC: 110 FR:20 SAT: 99% GLASGOW: 15/15 PROTEINA: NEGATIVA TOTAL : 1 RIESGO OBTETRICO: BAJO (CICATRIZ UTERINA PREVIA 1)

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

REVISION DE EXMENES REALIZADO EL 14/01/2025 ? RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS 4-58 ? HEMOGLOBINA 13-4 ? HEMATOCRITO 40.2 ? PLAQUETAS 171 ? GLÓBULOS BLANCOS 12-79 ? LINFOCITOS (%) 20-1 ? NEUTRÓFILOS (%) 72-0 ? MONOCITOS (%) 4-9 EOSINÓFILOS (%)2-9 ? BASÓFILOS (%) 0.1 ? GLUCOSA 66-6 ? URÉA 25-3 ? CREATININA 0-92 ? COLESTEROL 235-6 ? TRIGLICÉRIDOS 227-4 ? VLDL 45-48 ? TGO/AST 29-7 ? TGP/ALT 34-3 ? INDICER UREMICO 11-81 ? UROANALISIS MACROSCOPICO LEUCOCITOS NEGATIVO PROTEINAS NEGATIVO /DL NEGATIVO NITRITOS NEGATIVO HEMOGLOBIUNA NEGATIVO MICROSCOPICO LEUCOITOS 3-5 HEMATIES 0-2 CELULAS EPITELIALIS ALGUNAS MOCO ++ BACTERIAS ++ ? FACTOR REUMATICO NEGATIVOS ASTO NEGATIVO PCR NEGATIVO ? TORCH NEGATIVO ? VIH NO REACTIVO ? SIFILIS NEGATIVO ? HEPATITIS B Y C NEGATIVO ? CHAGAS IGG POSITIVO SE ENVIA REALIZA CHAGAS IGG E IGM CUATITATIVO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Supervision De Embarazo De Alto Riesgo Sin Otra Especificacion	Z359	X		4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-04	02:13	Blanca	Cobefia	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1309555959				

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	