



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	Ricaurte	CS	1718130188							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Cuadros	Hernandez	Romina	Mishelle	M	01-05-1995	29	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
095-454-5454		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	1303	130356	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
PRIMIGESTA NULIPARA QUE ACUDE CON EMBARAZO DE 28.1 SEMANAS DE GESTACION POR FUM DEL 29/07/2024 Y ECOGRAFIA DEL21/10/2024 CON 12 SEMANAS DE GESTACION DOMICILIADA EN RIO SANTO PARROQUIA RICUARTE CANTON CHONE TELEFONO0959146536 FAMILIAR OLGA RODRIGUEZ MAMA TELEFONO 0988446131. PACIENTE AUDE A TERCER CONTROL PRENATAL CONEXAMENES DE LABORATORIO Y COGRAFIAS REALIZADAS. PACIENTE CON ANTECEDENTES DE UTERO EN ANTERVERSION QUE SEENCUENTRA EN REPOSO ABSOLUTO DEBIDO A S U CONDICION INDICA ACTUALMENTE QUE PRESENTA DE MANERA CONTINA DOLOR TIPO COLICO DE GRAN INTENSIDAD QUE SE ACOMPAÑA DE SENSACION DE PUJO QUE INICIA EN HIPOGASTRIO Y SE IRRADIA A REGION LUMBOSACRA. PACINETE CON ALTO RIESGO DE PARTO PREMATURO POR LO CUAL SE INDICA MADURACION PULMONAR CONDEXAMETASONA 6 MG CADA 12 HORAS. SE REALIZA A DEMAS REFERENCIA A GINECOLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
HEMATOLOGIA: LEUCOCITOS9.4 HB 10.0 HTO 30.9 ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 20.2 SEMNAS DE GESTACION POR ECOGRAFIACISTERNA MAGNA MIDE 3.6MM NORMAL DIÁMETRO TRANSCEREBELAR NORMAL 20MM- FASTIGO TRIANGULAR- TERCER Y CUARTO VENTRÍCULO NORMALTRACTO DE SALIDA DE GRANDES VASOS CARDIACOS NORMALES EXAMINADOS CON DOPPLER HUESO NASAL NORMAL MIDE 7.4MM PELVIS RENALESFETALES NORMALES POLÍGONO DE WILLIS NORMAL / CERVIX: NORMAL DOPPLER DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA CON PARÁMETROS DE FLUJO NORMALES DOPPLER DE ARTERIA UTERINA MUESTRA LA AUSENCIA NORMAL DEL NOCTH PROTODIASTÓLICO EN AMBAS ARTERIAS DOPPLER DE ARTERIA UMBILICALCON PARÁMETROS DE FLUJO NORMALES- BOCA Y NARIZ Y PALADAR OSEO NORMAL PESO FETAL 350 GRAMOS ILA: 15CM PLACENTA DE INSERCIÓNPOSTERIOR GRADO 0 DE MADURACIÓN DE GRANNUN LATIDOS CARDIACOS FETALES 156X

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Otras Complicaciones Especificadas Relacionadas Con El Embarazo		O268		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-11	10:15	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311538662				

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		