



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	1351014608																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Holguin		Salasar		Noelia		Cristina		M	17-06-1999	25	<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 MOTIVO																	
0995219618 - 0986658247				☒		<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>						☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																					
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																					
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																					
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.																			
				2. Falta de espacio físico.																			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.																			
13	1315	131550		4. Equipos en mal estado.																			
				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	
EMBARAZADA DE 30.3 SEMANAS DE GESTACION POR ECO- FPP 05/04/2025- HISTORIA OBSTETRICA: E:2- P: 2 DISTOCICOS POR PRECLAMSIA 2015 Y 2020- A: 0.PLANIFICACION FAMILIAR CON IMPLANTES SUBDERMICO DE 3 AÑOS- A PESAR DE ESO- QUEDO EMBARAZADA Y SE DIO CUENTA HACE MENOS DE UN MES TRAS UNAECO POR SOSPECHA DE "APENDICITIS"- NIEGA SINTOMAS SUGESTIVO DE EMBARAZO- MATERNIDAD SATISFECHA- SOLICITA ESTERILIZACION-SE ENVIO A SU SERVICIO PARA VALORAR VIA DE PARTO DEBIDO A FACTORES DE RIESGO.RO: 7 PTOS. ALTO (CONTROL PRENATAL ANTECEDENTES: TRES O MAS FACTORES 3 PTOS(ANTC DE ECLAMPSIA- CICATRIZ UTERINA MAYOR 28 SG- NINGUN CONTROLPOST 20 SG. ;FACTORES NUTRICIONALES: SOBREPESO 1 PTO ;PATOLOGIA OBSTETRICA ACTUAL: OTRA PATOLOGIA IMPORTANTE: CIRCULAR SIMPLE 3 PTOS	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
DR MENDIETA 12/01/2024... PRODUCTO UNICO VIVO.PRESENTACION CEFALICO DORSAL IZQUIERDO. BPD: 68.6MM (27.4 SG)- CC: 257.5MM (28.0 SG)- AC: 241.3MM (28.3 SG)-FL: 54.7MM (28.5 SG). SEXO: MASCULINO. ESTOMAGO: PRESENTE- VEJIGA: PRESENTE- CORDON UMBILICAL: CIRCULAR SIMPLE. VITALIDAD FETAL..... PLACENTAANTERIOR MADURACION GRADO 1-II/III- FC: 152 LPM- LIQUIDO AMNIOTICO NORMALEMBARAZO DE 28.1 SG .FPP 04/04/2025 PESO 1232G	

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
2025-01-27	04:12	Blanca	Cobaña	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	