



| 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 Rita                                                                                                       | CS                                                                                                                                             | 1351003718                       |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                                                                                                    | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                 | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Pazmiño                                                     | Coz              | Daleska                                                                                                          | Victoria                                                                                                                                       | M                                | 06-06-2005        | 19   | H                       | D | M | A |  |  |
|                                                             |                  |                                                                                                                  |                                                                                                                                                |                                  |                   |      |                         |   |   | X |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA <input checked="" type="checkbox"/> DERIVACIÓN <input type="checkbox"/>                               |                                                                                                                                                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| 095-966-3634                                                |                  | MOTIVO                                                                                                           |                                                                                                                                                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica. <input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento. <input type="checkbox"/>   |                                                                                                                                                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  | 2. Falta de espacio físico. <input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales. <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                                                                                                        | 3. Falta de equipamiento. <input type="checkbox"/> 8. Inadecuada capacidad resolutive <input type="checkbox"/>                                 |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| 13                                                          | 1303             | 130302                                                                                                           | 4. Equipos en mal estado. <input type="checkbox"/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  |                                                                                                                  | 5. Problemas de infraestructura. <input type="checkbox"/>                                                                                      |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |

| 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 DE 19 AÑOS DE EDAD CON EMBARZO DE 34 SEMANAS DE GESTACION G 01 P00 C00 A00 FUR 06 JULIO 2024 FPP 13 04 2025 NOEDEMAS |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| ECOGRAFIA POSICION DE NALGA                                       |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO             | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Atencion Materna Por Presentacion De Nalgas | O321 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                             |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                             |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-02-24                            | 10:38        | Leonardo      | Mendoza         | Velasquez        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1709823288                            |              |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |