



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	1350862213							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Torres	Garcia	Johana	Tamara	M	17-01-1997	28	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN							
099-195-6701			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1303	130356									
			1. Accesibilidad geográfica.								
			2. Falta de espacio físico.								
			3. Falta de equipamiento.								
			4. Equipos en mal estado.								
			5. Problemas de infraestructura.								
			6. Problemas de abastecimiento.								
			7. Insuficiencia de profesionales.								
			8. Inadecuada capacidad resolutive								
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
			X								

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 FEMENINO DE 27 AÑOS DE EDAD QUE A ACUDE A CENTRO DE SALUD POR CONTROL DE EMBARAZO. AL MOMENTO REFIERE PRURITO GENITAL DE 5 DIAS DE EVOLUCION. APP: EPILEPSIA CON TRATAMIENTO S USPENSADO HACE 4 MESES. AGO: G2 C0 P2 A0.COMPLICACIÓN EN EMBARAZO ANTERIOR ECLAMPSIA FECHA DE S U ULTIMO PARTO 8 NOV 2019. PACIENTE AL MOMENTO CURSANDO 33SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN. DOMICILIO: EL PARAISO RICAURTE. CONTACTO: . SE REALIZATAMIZAJE DE SIFILIS Y CHAGAS (NO REACTIVO) TAMIZAJE DE HB: 12. PLAN: 1) MEDIDAS GENERALES 2) RECOMENDACIONES 3)HIDRATACION 4) HIERRO ACIDO FOLICO QD 5) SIGNOS DE ALARMA 6) PARACETAMOL 500MG VO TID PRN 7) LAMOTRIGINA 25 MG QDPOR 2 SEMANAS. 8) SE ENVIA TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA 9). REFERENCIA A GINECOLOGÍA 10) PASE AVACUNACION Y ODONTOLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: ECOGRAFIA DE EMBARAZO DE 32.2 SEMANAS DE GESTACION FECHA PROBABLE DE PARTO FETO UNICO VIVOPRESENTACION CEFALICO PLACCENTA POSTERIOR GRADO II LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL FCF143

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Supervision De Otros Embarazos De Alto Riesgo		Z358		X	4.					
2.	Epilepsia Tipo No Especificado		G409		X	5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-18	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	