



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	Chone	CS-C	1314089796								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Solorzano	Muñoz	Kelly	Lilibeth	M	12-03-2006	18	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
099-342-6900		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
13	1303	130350	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 PRIMIGESTA ACUDE A CONTROL PRENATAL- CURSA CON EMBARAZO DE 34 SEMANAS- AL EXAMEN OBSTETRICO ALTURA UTERINA 29CC- FCF 144XM- FETO ÚNICO PRESENTACIÓN TRANSVERSO-AL EXAMEN GINECOLÓGICO HAY PRESENCIA DE LEUCORREA BLANCA EN MODERADA CANTIDADEN VULVA Y VAGINA QUE PROVOCA PICAZON- NO HAY PRESENCIA DE SANGRADO- EXTREMIDADES: INFERIORES NO EDEMAS- NO VÁRICES - PROTEÍNA EN ORINA - SCORE MAMA 0- MOVIMIENTOS FETALES - NO RASH- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS- GANANCIA DE PESO ADECUADA- PREVIOCONSENTIMIENTO INFORMADO SE REALIZA PRUEBA RÁPIDA DE VIH NO REACTIVO- Y SIFILIS NEGATIVO- RIESGO OBSTETRICO ALTO POR PRESENTACIÓN TRANSVERSA- INDICA QUE NO HIZO LOS TALLERES DE EDUCACION PRENATAL POR EL TRABAJO-SE REFIERE A SEGUNDO NIVEL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PRUEBA RAPIDA DE VIH NO REACTIVA- SIFILIS NEGATIVA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Atencion Materna Por Otras Presentaciones Anormales Del Feto		O328		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-27	07:30	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1314783083				

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	