



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	1315703171							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Vera	Garcia	Claudia	Patricia	M	03-07-1995	30	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0992736660 0988112365			X	MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			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								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1315	131550									

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- PRIMIGESTA DE 19.6 SEMANAS DE GESTACION POR FUM (11/01/2025) QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO- FPP 18/10/2025- HISTORIA OBSTETRICA: E:0- P: 0- A:0. APP: O RH NEGATIVO- ESPOSO: O RH POSITIVO- AMENAZAZA DE ABORTO EN I TRIMESTRE- ENDOMETRIOSIS- HIPERLIPIDEMIA MIXTA- OBESIDAD. SE ENVIA A SUSERVICIO DEBIDO A FACTORES DE RIESGO- REALIZACION DE EXAMENES QUE NO CONTAMOS EN LA UNIDAD DE 1ER NIVEL- VALORACION ESPECIALIZADA Y PREVENCIO- YA QUE MUCHAS VECES NO HAY TURNOS REGULARMENTE.RIESGO OBSTETRICO: 6 ALTO (FACTORES NUTRICIONALES: OBESIDAD 3 PTOS;PATOLOGIA OBSTETRICA ACTUAL: RH NEGATIVO 1 PTO- HEMORRAGIA EN 1ERA MITAD DEEMBARAZO 2 PTOS.FECHA: 28/05/2025 LCDO/A: VIC-LAB. UROANALISIS: PROTEÍNA: +- GLUCOSA: NEGATIVO. PIO 1-3 XC/; ERT: 1-3XC/.; CEL EPIT: ALGUNAS; BACTERIAS: ESCASAS; FILAMENTO MUCOSOS: ESCASAS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ECOMEDIC 23/05/2025... PRODUCTO UNICO VIVO.PRESENTACION CEFALICO DORSAL IZQUIERDO. BPD: 43MM (19.1 SG)- CC: 163MM (19.1 SG)- AC: 134MM (19 SG)- FL: 29MM(19 SG). SEXO: FEMENINO. ESTOMAGO: PRESENTE- CORAZON: 4 CAMARAS- CORDON UMBILICAL: NORMAL....VITALIDAD FETAL..... PLACENTA POSTERIOR MADURACIONGRADO 1/III- TONO FETAL NORMAL- FC: 132 LPM- LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL- HUESO NASAL VISTO DE 5.0MM- ESPESOR NASAL: 2.8MM.....EMBARAZO DE 19 SG (+- 2SEMANAS). FPP 17/10/2025 (+- 2 SEMANAS). PESO 267G.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Atencion Materna Por Isoimmunizacion Rhesus		O360		X	4.					
2.	Supervision De Embarazo De Alto Riesgo Sin Otra Especificacion		Z359		X	5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-17	02:12	Karen	Lopera	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310488075				

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	