



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	Convento	CS	1316247525								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Briones	Basurto	Nayeli	Anyeli	M	30-12-2001	23	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
096317485		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
13	1303	130353	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
			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
GESTANTE DE 23 AÑOS DE EDAD SEXO FEMENINO ACUDE A S U CONTROL PRENATAL -CON RIESGO OBSTETRICO ALTO 4 ECOGRAFIAREALIZADA EL 7/7/2025 REPORTA EMBARAZO DE 21.4 SG PRESENTACION PODALICO DORSO POSTERIOR NO CIRCULAR DE CORDONLIQUIDO AMNIOTICO 13.9 PLCENTA FUNDICA POSTERIOR GRADO I NO HEMATOMA PLACENTARIO PESO 449 GR FECHA PROBABLE DEPARTO 13/11/2025 EXAMENES DE LABORATORIO HB 13.5 HCTO 39 GLUCOSA 89 AL MOMENTO NO REFIERE SINTOMALOGIA ALGUNAESTABLE- ORIENTADA EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- ALIMENTACION ADECUADA- DUERME BIEN- REFIERE MOVIMIENTOS FETALES-NO SANGRADO - EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALICA CABELLO BIEN IMPLANTADOS CUELLO SIMETRICO NO ADENOPATIASTIROIDES NORMAL NO PALPABLE- TORAX SIMETRICO BUENA VENTILACION PULMONAR NO ESTERTORES- RITMO CARDIACO RITMICO DE BUEN TONO E INTENSIDAD- NO SOPLOS- MAMAS NORMALES ABDOMEN GLOBULOSO COMPATIBLE CON UTERO GRAVIDO DE 21.6SEMANAS DE GESTACION - POR ECOGRAFIA EXAMEN VAGINAL: SE APRECIA PAREDES VAGINALES NORMALES NO SECRECION- NOCERVICITIS- NO SE EVIDENCIA PERDIDAS TRANSVAGINALES NI SANGRADO EXTREMIDADES: SIMETRICOS FUNCIONANTES NOEDEMATOSOS- ALERTA- SCORE MAMA: CONSEJERIA NUTRICIONAL- DIETA SALUDABLE- ACTIVIDAD FISICA POR 30 MINUTOS -ASESORIA EN ANTICONCEPCION -LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA -PLAN PARTO Y TRANSPORTE -ODONTOLOGIA -PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE SE ENVIA HIERRO MAS ACIDO FOLICO- PREVENCION DE PRECLAMSIA CARBONATO DE CALCIO CADA 8 HORAS ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG CADA DIA NIFEDIPINO 10 MG CADA 8 HORAS SE ORIENTA S U SEGUIMIENTO POR NUTRICION- RIESGO ALTO 4 PUNTOS (ABORTO 1 OBESIDAD 3 PUNTOS)- SIGNOS DE ALARMA SE INDICA CITA EN 1 SEMANA REFERENCIA A SERVICIO DE GIENCOLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ECOGRAFIA REALIZADA EL 7/7/2025 REPORTA EMBARAZO DE 21.4 SG PRESENTACION PODALICO DORSO POSTERIOR NO CIRCULAR DECORDON LIQUIDO AMNIOTICO 13.9 PLCENTA FUNDICA POSTERIOR GRADO I NO HEMATOMA PLACENTARIO PESO 449 GR FECHAPROBABLE DE PARTO 13/11/2025 EXAMENES DE LABORATORIO HB 13.5 HCTO 39 GLUCOSA 89

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
2025-07-09	11:12	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310675093				

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	