



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	1314998574													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Garcia		Bones		Jaira		Jelitza		M	30-09-2000	24	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
0997646578				X															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
PROVINCIA				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X											
CANTÓN				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios													
PARROQUIA				5. Problemas de infraestructura.															
13				1303		130353													

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 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A S U CONTROL PRENATAL RIESGO OBSTETRICO ALTO 5 POR ABORTO:1 OBESIDAD :3 PERIODO INTERGENESICO MAYOR DE 5 AÑOS : 1 FUM 19/01/2025 ECOGRAFIA REALIZADA EL 12/07/2025 REPORTA EMBARAZO DE 24.2 SG TRANSVERSO DORSO S UPERIOR NO CIRCULAR DE CORDON FPP 30/10/2025 ESTABLE AFEBRIL ORIENTA EN TIEMPO Y ESPACIO COLABORA CON EL INTERROGATORIO- PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS: G02 P0 C1 A1. EXAMEN FÍSICO: CABEZA: NORMOCEFALICA CONJUNTIVAS: ROSADAS BOCA: EN BUEN ESTADO GENERAL CUELLO: SIN ADENOPATIAS TÓRAX: LATIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS- PULMONES LIMPIOS- MAMAS PEZONES NORMALES ABDOMEN: ÚTERO AUMENTADO DE TAMAÑO COMPATIBLE CON EMBARAZO DE +- 24.4 SEMANAS DE GESTACIÓN EXAMEN VAGINAL: NO SE OBSERVA PERDIDAS TRANSVAGINALES NO SANGRADO EXTREMIDADES NORMALES NO EDEMATIZADAS. SCORE (0) PUNTOS PRESCRIPCIONES 1. CONSEJERÍA NUTRICIONAL 2. ACTIVIDAD FÍSICA 30 MINUTOS 3. MEDIDAS HIGIENE 4. HIERRO +ÁCIDO FOLICO #30 TOMAR 1 TABLETAS AL DÍA.5. EDUCACION PRENATAL 6. LLENADO DE LA LIBRETA INTEGRAL DE SALUD Y FICHA DEL PLAN SI . 8 LLENADO DE TARJETA DE SEGUIMIENTO A EMBARAZADOS SI 9. PREPARACIÓN PARA LA LACTANCIA MATERNA Y CÓDIGO DE SUCEDÁNEOS 10. CONSEJO PLANIFICACIÓN FAMILIAR 11. CONSEJERÍA SOBRE EL DERECHO DE ESTAR ACOMPAÑADO DE UN FAMILIAR- ELECCIÓN DE POSICIÓN PARA EL PARTO- VESTIMIENTO A ELECCIÓN- CONS UMO DE LIQUIDO Y ALIMENTOS DURANTE EL PARTO- PRACTICAS INTEGRAS AL PARTO 12. TAMIZAJE DE VIOLENCIA 13. SIGNOS DE ALARMA CONTROL POSTERIOR EL 14/08/2025

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ECOGRAFIA REALIZADA EL 12/07/2025 REPORTA EMBARAZO DE 24.2 SG TRANSVERSO DORSO S UPERIOR NO CIRCULAR DE CORDON FPP30/10/2025

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
2025-07-14	12:29	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		