



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	Santa Rita		CS	1312020975																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Cusme		Manzaba		Karen		Elizabeth		M	27-06-1991	34	<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 MOTIVO																	
096-940-5226				☒		<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>						☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																					
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																					
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																					
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.																			
				2. Falta de espacio físico.																			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.																			
13	1303	130302		4. Equipos en mal estado.																			
				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
PAC IENTE NULÍPARA DE 33 AÑOS QUE C URS A GESTAC IÓN DE 34.3 SEMANAS AC UDE A C ONSULTA POR SEXTO C ONTROL PRENATAL; SIN C OMPAÑÍA.APP: HIPOTIROIDISMO- APF: MADRE HIPERTENSA- ABUELA DIABÉTIC A- TIOS DIABÉTIC OS E HIPERTENSOS. HERMANO HIPERTENSO- TIA C ÁNC ER DEC OLON- PRIMA C ÁNC ER DE MAMA; ALERGIAS: MARISC OS- FRESAS- PIÑA.; AQ: NO REFIERE. FUM: 12/11/2024 (NO C ONFIABLE); FPP: 19/08/2025PESO: 74-2 KG; TALLA: 153 C M- IMC: 31-37. ESTADO NUTRIC IONAL: SOBREPESO; ANTECEDENTES GINECO-OBS TETRICOS GES TAS :0 P:0 C:0A: PIG:NO APLICA ; S CORE MAMA; PA: 100/68 MMHG; FC: 90X MIN- FR; 20X MIN; S TO2 99%; T: 36.2 C. ES T CONCIENCIA ALERTA:PROTEINURIA: NO APLIC A. TOTAL S CORE MAMA:0. RIES GO OBS TETRICO IDENTIFICADO: S OBREPES O IMC DE 25.1 A 29.9: 1PTO. + OTRASPATOLOGIAS (HIPOTIROIDIS MO): 3 PTOS . PONDERACION: 4 RIES GO OBS TETRICO ALTO. PRES ENTA EXAMENES DEL 27/01/2025 LOSCUALES REPORTAN: FT3: 3.52 - FT4: 0.75 TS H: 1.44

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Atencion Materna Por Problemas Fetales No Especificados		O369		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-17	08:17	Leonardo		Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1709823288					

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	