



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	1314951573						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Dominguez	Muñoz	Josselin	Liseth	M	14-07-1994	30	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0981734765 - 0997886977		X		MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
CANTÓN	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
13	1315	131550	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
EMBARAZADA DE 29.4 SEMANAS DE GESTACION POR FUM (18/10/2024) QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO- FPP 25/07/2025- HISTORIA OBSTETRICA: E:3- P: 2 (CESAREASPOR PARTO PROLONGADOS 2017 Y 2021)- A: 1 (2019). APP ANEMIA EN EL EMBARAZO.RO: 3 BAJO (CONTROL PRENATAL ANTECEDENTES: ABORTO 1 PTO. CESAREA CON EMBARAZO MAYOR 28 SG 2 PTOS.LABORATORIO: COMPLEMENTARIOS: FECHA: 06/05/2025 LCDO/A: IVAN ZAMBRANO. HB: 10.4 MG/DL- HCTO: 31.8%- HEMATIES: 3.11 X10 ¹² /L- PLAQUETAS: 396 MMC- LEUCOCITOS: 11.69 MMC(LIN 18.8- SEG 71.8- MON 5.8- EOS 3.6- BAS 0.0)- GLICEMIA: 78.9 MG/DL- UREA: 14.6 MG/DL- COLESTEROL 261.3 MG/DL- TAG: 238.9 MG/DL- TGO: 31.9 U/L- VLDL: 47.78 MG/DL.. SIFILIS TOTALES:NEGATIVO- HEPATITIS B: NEGATIVO- HEPATITIS C: NEGATIVO. TRIPANOSOMA CRUZI: NEGATIVO. TOXOPLASMA IGM: NEGATIVO- RUBEOLA IGM: NEGATIVO- CITOMEGALOVIRUS IGM: NEGATIVO- HERPES I/II IGM:NEGATIVO. UROANALISIS: PROTEÍNA: NEGATIVO- GLUCOSA: NEGATIVO. LEU 3-5 XC/; ERT: 0-1XC/; CEL EPIT: ALGUNAS; MOCO: ++

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ECOMEDIC 12/05/2025... PRODUCTO UNICO VIVO.PRESENTACION CEFALICO DORSAL IZQUIERDO. BPD: 74MM (29.5 SG)- CC: 269MM (29.2 SG)- AC: 263MM (30.3 SG)- FL: 55MM(29.2 SG). SEXO: FEMENINO. CORAZON: 4 CAMARAS- VEJIGA: PRESENTE- CORDON UMBILICAL: NORMAL.....VITALIDAD FETAL..... PLACENTA POSTERIOR MADURACIONGRADO I/III- TONO FETAL NORMAL- FC: 153 LPM- LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL ILA 17.66CM- HUESO NASAL VISTO DE 9.8MM- ESPESOR NASAL: 4.3MM.....EMBARAZO DE 29.5SG (+- 2 SEMANAS). FPP 23/07/2025 (+- 2 SEMANAS). PESO 1481G. 58.4%.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Atencion Materna Por Cicatriz Uterina Debida A Cirugia Previa	O342		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-05-19	12:23	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. DIAGNÓSTICOPRE= 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		