



| 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                      | 1317233607                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Teran                                                       | Valencia         | Nicol                            | Yuvixi                    | M                                  | 02-11-2000                                              | 24   | H                       | D | M | A |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                       |                           | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |  |
| 0998495692                                                  |                  | 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                                                          | 1315             | 131550                           | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7MO CONTROL: PACIENTE EMBARAZADA DE 28.4 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM 20/01/2025 FPP: 27/10/2025 QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO- HISTORIA OBSTÉTRICA: G02 P02 PIG: 4 AÑOS. ACUDEPARA CONTROL Y SEGUIMIENTO- REFIERE NAUSEA- POCO APETITO (5 COMIDAS) ORINA Y DEFECA NORMAL- LEVE DOLOR BAJO VIENTRE CUANDO CAMINA- NO LEUCORREA- NO PERDIDAS DE LIQUIDONI SANGRADO VAGINAL- SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL- AFEBRIL. SCORE MAMA: 0- RO: ALTO. SE REVIS A ECOGRAFIA OBSTETRICA 20/06/2025 CON EMBARAZO DE 21.5SEMANAS- CON PARÁMETROS DE ANTROPOMETRIA FETAL DENTRO DE LO NORMAL ACORDE A LA EDAD GESTACIONAL- PRODUCTO DE SEXO INDETERMINADO.PRODUCTO EN POSICIÓNPODALICO.PARA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD. RO. 8 MUY ALTO |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| FCF 150 LATIDOS POR MINUTO                                        |

| E. DIAGNÓSTICO |                                               | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Supervision De Otros Embarazos De Alto Riesgo |                                    | Z358 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                               |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                               |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-08-08                            | 01:41        | 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |