

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	Chibunga	CS-A	1314069137							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Tubay	Tumbaco	Tania	Tatiana	M	27-04-1996	29	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0997686810		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	130354	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

PACIENTE DE 28 AÑOS- G10 P4 A5 C0- CON ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE MÚLTIPLES EMBARAZOS- PARTOS Y ABORTOS ESPONTÁNEOS. MENARCA A LOS 12 AÑOS- MENSTRUACIONES IRREGULARES Y PRESENCIA DE DIS MENORREA. INICIÓ S U VIDA SEXUAL A LOS 13 AÑOS- HA TENIDO UNA PAREJA SEXUAL Y NO REFIERE EL USO DE ANTICONCEPTIVOS NI ANTECEDENTES PERSONALES-QUIRÚRGICOS O FAMILIARES RELEVANTES. SE ENCUENTRA ACTUALMENTE GESTANTE DE 32.4 SEMANAS SEGÚN FUM DEL 03/02/2025.EN S U CONS ULTA- LA PACIENTE SE PRESENTA ESTABLE- ORIENTADA EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- SIN FIEBRE- RASH NICONJUNTIVITIS- Y ASINTOMÁTICA. NO REFIERE SIGNOS DE ALARMA- COMO SANGRADO O DIS URIA. S U ESTADO NUTRICIONAL ESSOBREPESO- Y EL PUNTAJE DE SCORE MAMA ES 0 SE HA REPORTADO ECOGRAFÍA Y RES ULTADOS DE LABORATORIO EN EL SISTEMA.DURANTE S US EMBARAZOS PREVIOS- S UFRIÓ UN DESGARRO UTERINO Y HEMORRAGIA POSTPARTO- LO QUE INCREMENTA EL RIESGO ENESTE EMBARAZO- POR LO QUE SE HA INICIADO TRÁMITE DE REFERENCIAS DEBIDO A LA MULTIPARIDAD Y LOS RIESGOS ASOCIADOS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFÍA REALIZADA A EMBARAZO DE 33 SEMANAS Y 1 DÍA. LA FRECUENCIA CARDÍACA FETALES DE 131 LATIDOS POR MINUTO- CON MOVIMIENTOS ACTIVOS DEL FETO. LA MEDIDA DEL DIÁMETRO BIPARIETAL (DBP) ES DE 79 MM-EL PERÍMETRO CEFÁLICO (CC) DE 304 MM- EL PERÍMETRO ABDOMINAL (CA) DE 314 MM- Y LA LONGITUD FEMORAL (LF) DE 66 MM. LAEDAD GESTACIONAL ES DE 33 SEMANAS 1 DÍA- CON FECHA PROBABLE DE PARTO PARA EL 02/11/2025 (+/- 1-2 SEMANAS). LOSVENTRÍCULOS CEREBRALES NO ESTÁN DILATADOS- EL CEREBELO ES NORMAL Y LA CISTERNA MAGNA TIENE DIMENSIONES NORMALES.EL ESTÓMAGO Y LOS RIÑONES SON APRECIABLES- Y LA VEJIGA NO SE VIS UALIZA EN ESTE ESTUDIO. LAS EXTREMIDADES ESTÁNPRESENTES. EL PESO FETAL ESTIMADO ES DE 2448 GRAMOS (5 LIBRAS 6 ONZAS)- EN EL PERCENTIL 96. EL SEXO FETAL ESFEMENINO. LA PLACENTA SE LOCALIZA EN LA PARTE POSTERIOR DEL FONDO UTERINO- CON GRADO I SEGÚN LA ESCALA DE GRANNUM YUN ESPESOR DE 35 MM. EL CORDÓN UMBILICAL TIENE INSERCIÓN Y TRAYECTO NORMALES- CON S US 3 VASOS APRECIABLES. ELÍNDICE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO ES NORMAL- CON UNA MEDIDA DE 15.5 CM. NO SE VALORÓ EL CÉRVIX POR VÍA S UPRAPÚBICA.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Supervision De Embarazo Con Gran Multiparidad	Z354		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-21	07:25	Dario	Condoy	Muñoz
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1315005585				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

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	