



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	1352089914													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Cedeño		Zambrano		Angela		Maria		M	10-06-2009	16	<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													
0985016306				☒		☐													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
13		1315	131550	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X											
				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
PRIMIGESTA ADOLESCENTE DE 29.3 SEMANAS DE GESTACION POR FUM (25/01/2025) QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO- FPP 01/11/2025- HISTORIA OBSTETRICA: E:0- P: 0-A: 0. APP DE OBESIDAD MORBIDA. IVU A REPETICION- CIFRAS DE T/A ELEVADAS EN EL EMBARAZO. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO- REFIERE SENTIRSE MUY BIEN - BUEN APETITO- ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD- NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRAMIENTO VAGINAL. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA CONTROL YSEGUIMIENTO.PESO INICIAL: 102.3KG. TALLA: 160CM IMC: 39.96. PESO ACTUAL:112KG. GANANCIA DE PESO: 9.7KG (AUMENTADO)NO SE REALIZO PROTEINURIA 24H NI ECOGRAFIA ACTUALIZADA- NO CONTAMOS EN LA UNIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
LABORATORIO: 15/08/2025 LCDO/A: VIVIANA VELEZ. HB: 10.5 MG/DL- HCTO: 32.3%- HEMATIES: 3.84 X10 ⁶ /L- PLAQUETAS: 253 MMC- LEUCOCITOS: 5.92 MMC. (LIN 15.9- SEG 66.4- MON 14.9- EOS 2.7- BAS 0.1)- GLICEMIA: 83.39 MG/DL- CREATININA: 0.61 MG/DL- UREA: 12.91 MG/DL- AC URICO 2.54 MG/DL; COLESTEROL 181.53 MG/DL- TAG: 178.53 MG/DL- TGO: 24.18 U/L- TGP: 50.21 U/L- VLDL: 35.71 MG/DL. PROT. TOTALES: 7.12 G/DL- ALBUMINA: 3.81 G/DL- GLOBULINA: 3.31 G/DL- INDICE A/G: 1.15 -VIH 1+2 AG P24: NO REACTIVO- VDRL: NO REACTIVO- HEPATITIS B: NEGATIVO- HEPATITIS C: NEGATIVO. TRIPANOSOMA CRUZI: NEGATIVO. UROANALISIS: PROTEÍNA: NEGATIVO. LEU 20-30 XC/; ERT: 0-2XC/; CEL EPIT: ALGUNAS; BACTERIAS: ++; MOCO: ++- CRISTALES: FOSFATOS AMORFOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF	
1.	Supervision De Primigesta Muy Joven		Z356		X	4.						
2.	Supervision De Otros Embarazos De Alto Riesgo		Z358		X	5.						
3.						6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-25	08:14	Yandry		Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1310671951					

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	