



| 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      | 1313407411                         |  |                                                         |                   |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                                | PRIMER NOMBRE                |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Zambrano                                                    |  | Napa             |                                | Glendy                       |           | Birmanía                           |  | M                                                       | 22-07-1996        | 29   | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                                |                              |           |                                    |  |                                                         |                   |      | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                                | REFERENCIA                   |           | DERIVACIÓN                         |  |                                                         |                   |      |                         |
| 0979864470                                                  |  |                  |                                | 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                      |                   | X    |                         |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FEMENINA DE 29 AÑOS CON HO: G2 A0 C0 P1. ACTULMENTE CON GESTACIÓN DE 28 SEMANS POR FUM 25/03/2025. Y FPP: 30/12/2025. ( 27 SG POR ECOGRAFIA TEMPRANA)AL MOMENTO EN ESCS GS- AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS AR: MV NORTMAL ACV: RSCSR57S.- TA: 120/70MMHG MI SIN EDEMA. SCORE MAMA: 0. AL RASTREO ECOGRAFICO FETO UNICO VIVO POR MOVIMIENTO ACTIVOS Y FCF: 146 LXMINUTO... CON 29 SG POR BIOMETRIA PERO 28 POR LONGITUD FEMORAL. PESO E. FETAL: 1.525GR. .PLACENTA FUNDICA ANTERIOR G°1.- IMPRESIONA SEXO FEMENINO.AL EX. GINECOLOGICO: LEUCORREA MODERADA Y POLIPO EN CANAL CERVICAL QUE PUEDE SER LA CAUSA DEL SANGRADO...? |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EN REPORTE DE COLPOSCOPIA: CERVIX INFLAMATORIO Y SHILER POSITIVO Y POR EL PÓLIPO SE SUGIERE PLANIFICAR LA CESAREA.. |

| E. DIAGNÓSTICO |                                               | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Polipo Del Cuello Del Utero                   |                                    | N841 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             | Supervision De Otros Embarazos De Alto Riesgo |                                    | Z358 |     | X   | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                               |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-10-12                            | 03:18           | 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<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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |