



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	1303960981							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Dominguez	Manuel	Femildo	Null	H	31-07-1950	75	H	D	M	A	X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
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 DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Venas Varicosas De Los Miembros Inferiores Con Ulcera		I830		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
2025-09-10	04:20			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		

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	