



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	1317725925								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Muñoz	Mero	Yulisa	Jamileth	M	11-09-2001	24	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0990885088		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
PACIENTE MULTIGESTA DE 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU PRIMER CONTROL PRENATAL- TRAE PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE DEL16/10/2025 RESULTADO: POSITIVO.FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN: 10/09/2025- FECHA PROBABLE PARTO: 17/06/2026- CURSA 6.2 SEMANAS CONFIABLE- EMBARAZO NO PLANIFICADO- APP: ISOIMUNIZACIÓN PORFACTOR RH (NEGATIVO) EN LA GESTACION ANTERIOR - APF: ABUELA HTA- AGO: G03- A02- C01. (HACE 4 AÑOS POR RPM Y PRESENTACIÓN PODALICO) PIG: 1 AÑO- ABORTO.ALERGIAS: NO REFIERE- MENARQUIA: 13 AÑOS- INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 16 AÑOS- PAREJAS SEXUALES: 3- ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE :5 AÑOS.. EN LAACTUALIDAD REFIERE DOLOR EN LAS MAMAS Y LEVE DOLOR PELVICO- NAUSEAS-MAREOS BUEN APETITO (3 COMIDAS). ORINA Y DEFECA NORMAL. NO SANGRADOS- SISECRESION VAGINAL BLANCA- RIESGO OBSTETRICO: ALTO. PUNTAJE: 6. CON GANANCIA DE PESO ADECUADA PARA LA EDAD GESTACIONAL. SCORE MAMA: 0; EXAMENOBSTETRICO ALTURA UTERINA NA- FETALES INDIFERENTES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EXAMENES DE LABORATORIO Y ECOGRAFIA OBSTETRICA SOLICITADA.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF	
1.	Supervision De Otros Embarazos De Alto Riesgo		Z358		X	4.						
2.	Atencion Materna Por Isoinmunizacion Rhesus		O360		X	5.						
3.						6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-12	03:07	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	