



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	Santa Rita		CS	1313774463					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Panama		Mero		Angelica		Maria		M	04-03-1993	32	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
098-321-0925 /				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		1303		130302		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 S EGUNDIGES TA DE 32 AÑOS DE EDAD ACUDE A ES TA CAS A DE S ALUD POR CONTROL PRENATAL CON ES POS O (CARLOS BRAVO). AGO: G1 P0 A0 C1 (PIG 15/12/2014). APP: NO REFIERE. AQX: CES ÁREA (1). APF: MADRE HTA. OCUPACIÓN: AMA DE CAS A-NIVEL DE INS TRUCCIÓN: BACHILLER- ETNIA: MES TIZA- RELIGIÓN: NO TIENE- ES TADO CIVIL: S OLTERA- LUGAR DE NACIMIENTO: CHONE-LUGAR DE RES IDENCIA ACTUAL: S ANTA RITA- REFERENCIA DE DOMICILIO: CALLE 10 DE AGOS TO FRENTE A LA CANCHA- S EGURO: S S C-NUMERO CELULAR: 0983210925- TELÉFONO DE CONTACTO: 0984267984 (PAREJA ? CARLOS BRAVO). GES TANTE DE 22.6 S G S EGÚNFUM DEL 25/2/2025 (NO CONFIABLE) Y FPP 02/12/2025. ACUDE A S U CONTROL PRENATAL CON ECOGRAFÍA DEL 30/7/2025 QUEREPORTA ÚTERO OCUPADO POR FETO ÚNICO VIVO S EXO FEMENINO CABEZA NORMOCEFÁLICO- CORAZÓN CUATRO CÁMARAS - FCF 157LPM NO S E EVIDENCIA CIRCULAR DE CORDÓN- TEJIDOS OS TEOMUS CULAR S IN ALTERACIONES - PLACENTA FÚNDICA POS TERIOR GRADOI DE MADURACIÓN- LÍQUIDO AMNIÓTICO S UFICIENTE PARA LA EDAD GES TACIONAL ILA 12.32 CM- PES O 540 G. TAMBIÉN ACUDE CONGLUCOS A DEL 30/7/2025 BAS AL 79.8 Y POS PRANDIAL DE 86.9. AL MOMENTO PACIENTE ES TABLE- ORIENTADA EN TIEMPO- ES PACIO Y PERS ONA- NO RAS H- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS - AS INTOMÁTICA. S E REALIZA ANAMNES IS - NO REFIERE NINGÚN S IGNO DE ALARMA;NO S ANGRADO- NO S ECRECIONES VAGINALES - NO DIS URIA. AL EXAMEN FÍS ICO NORMOCEFALICA CON MUCOS AS HÚMEDAS Y S INPALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOS A- S IN ADENOPATÍAS . RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS S IN S OPLÓS - CAMPOS PULMONARESVENTILADOS . PEZONES FORMADOS . ABDOMEN NO DOLOROS O- ÚTERO GRÁVIDO- PRES ENTACIÓN: CEFÁLICO- AFU: 23- FCF: 152 LPM.MOVIMIENTOS FETALES PRES ENTES . ACTITUD FETAL: NO APLICA. EXTREMIDADES INFERIORES : NO EDEMA. TEJIDO CELULARS UBCUTÁNEO: NO INFILTRADO- NO S E EVIDENCIAN LES IONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES . ES TADO NUTRICIONAL: NORMOPES O.GANANCIA DE PES O: INADECUADA. S CORE MAMA: 0. RO: 5 PUNTOS - ALTO (CICATRIZ UTERINA PREVIA CON EMBARAZO - 32 S EMANAS :2 PTOS + PERIODO INTERGENES ICO - 5 AÑOS : 1 PTO + GLICEMIA BAS AL - 92 MG/DL: 2 PTOS)	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
REPORTA ÚTERO OCUPADO POR FETO ÚNICO VIVO S EXO FEMENINO CABEZA NORMOCEFÁLICO- CORAZÓN CUATRO CÁMARAS - FCF 157LPM NO S E EVIDENCIA CIRCULAR DE CORDÓN- TEJIDOS OS TEOMUS CULAR S IN ALTERACIONES - PLACENTA FÚNDICA POS TERIOR GRADOI DE MADURACIÓN- LÍQUIDO AMNIÓTICO S UFICIENTE PARA LA EDAD GES TACIONAL ILA 12.32 CM- PES O 540 G. TAMBIÉN ACUDE CONGLUCOS A DEL 30/7/2025 BAS AL 79.8 Y POS PRANDIAL DE 86.9.	

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

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-19	01:23	Leonardo		Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1709823288					

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	