



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	Canuto	CS	1314788397							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Romero	Rivas	Gissela	Tatiana	M	25-05-2002	23	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
096-404-0529		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	1303	130352	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 FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD- NACIDA EN CHONE- RESIDENTE DE COPETON REFERENCIA ANTES DE LA CAPILLA TRESTANQUES AZULES- TEF:0964040529 _-. CONTACTO DE REFERENCIA: MADRE SARA BIENVENIDA TELF : 0962737468 OCUPACIÓN: AMADE CASA _ . ACUDE A CONS ULTA POR OCTAVO CONTROL DEL EMBARAZO - CURSA 36.1 SG SEGÚN FUM: 16/12/2024_ CON FPP:22/09/2025 _ . CURSA 27.0 SG SEGUN ECOGRAFIA DEL 18/03/2025 DONDE REPORTA EMBARAZO DE 4 SEMANAS (NO COINCIDE CONFUM) ANTECEDENTES GINECOBSTRICOS: G:1. P:0. C:1. A:0 (FECHA DE NACIMIENTO DE ULTIMO HIJO: 28/09/2021) MENARQUIA: 15AÑOS- INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: 18 AÑOS- NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: 1- PACIENTE MENCIONA NO TENER SINTOMATOLOGIA NI RESPIRATORIA- DIGESTIVA- URINARIA NI NEUROLOGICA- NO SANGRADOS - NO RASH. REFIERE SECRECION VAGINAL "COMO LECHE CORTADA" PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO- AFEBRIL A LA CONS ULTA- GLASGOW15/15- EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GESTANTE- ALTURA UTERINA: 31 CM- POSICION: CEFALICO . FCF: 149 LPM . EXTREMIDADES NO EDEMAS. PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO ALTO = 5 PUNTOS (CICATRIZ UTERINA PREVIA :2P - RH NEGATIVA SENSIBILIZADA: 3P) . TA 110/60. SCORE MAMA 0 . GANANCIA DE PESO: EXCESIVO . TIRILLA PROTEINURIA: NEGATIVA. VACUNACION DETETANOS: HOY. SE INDICA ECOGRAFIA DE TERCER TRIMESTRE SIN EMBARGO AGENDAMIENTO DE TIPO C LLENO- SE AGENDAN LABORATORIOS- SE REALIZA TAMIZAJES DE TERCER TRIMESTRE VIH- SIFILIS- HEPATITIS B Y C-SE PRESCRIBE HIERRO MAS ACIDOFOLICO . IC ODONTOLÓGICA. SE CITA A CONTROL. SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA POR ALTO RIESGO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PENDIENTES

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
2025-08-31	01:48	Milton	Alvarez	Intriago
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1316921095				

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. DIAGNÓSTICOPRE= 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		