



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	Flavio Alfaro		CS-B	1315099588					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Zambrano		Andrade		Nuvia		Francisca		M	20-06-1989	36	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO					
098-536-4835				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		1305		130550		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 GESTANTE DE 36 AÑOS- ACUDE A CONTROL PRENATAL- CURSANDO EMBARAZO DE 16.6 SEMANAS DE GESTACIÓN PORFECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN (30/07/2025) (NO CONFIABLE)- FECHA PROBABLE DE PARTO: 6/05/2026- Y POR ECOGRAFÍA DELPRIMER TRIMESTRE REALIZADA EL 23/09/2025. REPORTA 8.2 SEMANAS DE GESTACIÓN AL DÍA DE HOY 17 SEMANAS- CON RIESGOOBSTETRICO: 5P ALTO (GESTANTE MAYIR DE 35 AÑOS:1 P EMBARAZO ECTOPICO: 1 P CICATRIZ UTERINA PREVIA CON MAS 32SEMANAS:2 TRES FACTORES DE ANTECEDENTES: 3PUNTOS SOBREPESO 1 P: 8 PUNTOS) TOTAL 8 PUNTOS. SCORE MAMA: 0 ALMOMENTO ESTABLE- AFEBRIL- ASINTOMÁTICA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO- NIEGA CEFALEA- NIEGA DOLOR PELVICO- NIEGASANGRADO- NIEGA PERDIDA DE LÍQUIDO. NIEGA ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGÍA. NUMERO DE TELEFONO:0985364835 DOMICILIO: AUNA CUADRA DEL CENTRO DE SALUD. PACIENTE EN EXAMENES DE LABORATORIO PRESENTA TOXOPLAS MA POSITIVO IGM POR LO QUESE REALIZA REFERENCIA A CHONE DADO GINECOLOGA DEL HOSPITAL BASICO SAN ANDRES HA RENUNCIADO. NO TENEMOSESPECIALISTA EN FLAVIO ALFARO.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
INMUNOLOGIA: TOXOPLAS MA IGG:NEGATIVO TOXOPLAS MA IGM:POSITIVO RUBEOLA IGG:NEGATIVO RUBEOLA IGM:NEGATIVOCITOMEGALOVIRUS IGG:NEGATIVO CITOMEGALOVIRUS IGM:NEGATIVO HERPES SIMPLEX IGG:NEGATIVO HERPES SIMPLEX IGM:NEGATIVOHEPATITIS B Y C: NEGATIVO INMUNOLOGIA: ANTI TOXOPLAS MA IGM 9.73: REACTIVO -1.1 COI SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS:LEUCOCITOS: 6.44 NEUTROFILOS%:4.17 LINFOCITOS%:1.56 HEMOGLOBINA:12 HEMATOCRITO:35.1 VOLUMEN CORPUSCULARMEDIO:84.0 PLAQUETAS: 205 GLUCOSA: 79.22 EMO (UROANALISIS DE ROUTINA): FISICO: COLOR: AMARILLO. ASPECTO: TURBIO.QUIMICO: PH: 6.0. DENSIDAD: 1.020 LEUCOCITOS: - NITRITOS: - PROTEINAS:-. GLUCOSA:-. C. CETÓNICOS:- UROBILINÓGENO:-.BILIRRUBINA:-. AC ASCORBICO:- SANGRE:- SEDIMENTO: C. EPITELIALES 2-6 BACTERIAS + LEUCOCITOS 1-5 PIOCITOS 2-4 HEMATIES 7-9 MOCO + CILINDROS NEGATIVO CRISTALES OXALATO DE CALCIO +++ OTROS CRISTALES NEGATIVO LEVADURAS NEGATIVO	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otras Infecciones Con Un Modo De Transmision Predominantemente Sexual Que Complican El Embarazo Parto Y Puerperio		O983		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-26	09:37	Walther		Castro	Velez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO
1310868573					

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	