



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	1314161397							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Ormaza	Mera	Maria	Tahis	M	06-09-2004	21	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
969718695		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 resolutoria						
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 SECUNDIGESTA DE 21 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL PRENATAL- CURSA 31.6 SEMANAS- FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: 03/04/2025- FECHA PROBABLEPARTO: 08/01/2026- NO CONFIABLE- Y 29.3 SEMANAS POR ECOGRAFIA. EMBARAZO NO PLANIFICADO- ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO- REFIERE DOLOR PELVICO QUE SEIRRADIA A REGIÓN LUMBRO SACRA- DISURIA- BUEN APETITO (5 COMIDAS)- SI LEUCORREA BLANCA Y PRURITO VAGINAL.- NO PERDIDAS DE LIQUIDO NO SANGRADOS VAGINAL-SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL- AFEBRIL. ANTECEDENTES PERESONALES PATOLOGICOS : NO REFIERE- ANTECEDENTES PATOLOGICOSFAMILIARES: ABUELOS MATERNOS HTA- PREECLAMPSIA MADRE ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS: G01- C01- ALERGIAS: NO REFIERE- PERIODO INTERGENESICO: 2 AÑOS-MENARQUIA: 13 AÑOS- INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 15 AÑOS- PAREJAS SEXUALES: 3. AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBS TE TRICO: ALTURA UTERINA: 29 CM FREC.CARDIACA FETAL: 147LPM- MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACION: CEFALICO. PROTEINURIA NEGATIVO- MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA NO REFIERESANGRADO TRANSVAGINAL- SCORE MAMA: 0 .GANANCIA ADECUADA DE PESO PARA SU IMC PRECONCEPCI ONA L. RIESGO OBSTETRICO BAJO- PUNTAJE 3

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
UROCULTIVO DEL 25/10/2025: GERMEN AISLADO: KLEBSIELLA PNEUMONIAE.COLONIAS: -100000 SENSIBLE: AMPICILINA +SULBACTAM. ECOGRAFIA OBSTETRICADEL 16/10/2025: ÚTERO AUMENTADO DE TAMAÑO CON FETO ÚNICO CEFALICO SEXO FEMENINO- FCF: 174LPM- BIOMETRIA: DBP: 6.26CM= 25.3SG- CC: 23.97CM=26SG- FL: 4.60CM= 25.2SG- ILA: 13.78CM- FPP: 23/01/2026- PLACENTA NORMO INSERTA ANTERIOR GRADO1. EMBARAZO DE 25.6 SEMANA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Supervision De Otros Embarazos Normales		Z348		X	4.			
2.	Atencion Materna Por Cicatriz Uterina Debida A Cirugia Previa		O342		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-12-16	11:25	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		