



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	1312079021						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Acuña	Macias	Adriana	Isabel	M	19-12-1984	40	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO						
0980545682		X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
CANTÓN	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
13	1315	131550	5. Problemas de infraestructura.	X						

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
TRIGESTA AÑOSA DE 40 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU TERCER CONTROL PRENATAL-FUM: 10/08/2025- ACTUALMENTE: EMBARAZO DE 15.4 SEMANAS DE GESTACIÓN- FPP 17/05/2026- AL MOMENTOREFIERE CONTINUA NAUSEAS Y VÓMITOS SIN OTRO SINTOMA- NIEGA SANGRADO TRASVAGINAL- NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO- REFIERE DISURIA- REFIERE LEUCORREA AMARILLA- NO FÉTIDA POR LOQUE ACUDE POR LA EMERGENCIA DE H.BAHIA EN DONDE LE DAN TRATAMIENTO A BASE DE CLOTRIMAZOL EN ÓVULOS VAGINALES- EN ESPERA DE CULTIVOS ** PACIENTE MENCIONA QUE SE REALIZÓEL DIA DE AYER- UROCULTIVO Y CULTIVO DE SECRESIÓN. ADEMAS CON TRATAMEINTO POR IVU RECIENTE. AMERITA VALORACIÓN POR ESPECILIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NO REFIERE

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Supervision De Otros Embarazos De Alto Riesgo		Z358		X	4.			
2. Infeccion Genital En El Embarazo		O235		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-29	08:53	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
MSP			CENTRO DE SALUD TIPO C - MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	1305797126	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Centro De Salud Tipo C Tosagua	13D12	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Ecg: Ritmo Sinusal- Eje Izquierda- Extrasistoles Ventriculares Aisladas
Solicito Examnes De Control
Control Con Resultados
Traer Indicaciones De Tratamiento Indicado
Se Programa Ecocardiograma

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Arritmia Cardíaca No Especificada	I499		X	4.					
2.	Cardiomiopatía Dilatada	I420		X	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	
1311890055				