



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	Ricaurte	CS-A	1315510766								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Barcia	Vera	Maria	Veronica	M	18-03-2006	19	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
0997582134		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1303	130356	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 MULTIPARA DE 19 AÑOS QUE CURSA GESTACIÓN DE 34 SEMANAS POR FUM ACUDE A CONS ULTA POR CONTROL PRENATAL;APP: NO REFIERE- APF: NO REFIERE; ALERGIAS: NO REFIERE; AQ: CESAREA. FUM: 22/04/2024 (NO CONFIABLE); FPP: 27/01/2026 PESO:84.4 KG; TALLA: 147.6 CM- IMC: 34.06. ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD TIPO I; ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS:2 P:0C:1 A:1 PIG:21/12/2021; SCORE MAMA; PA: 114/49 MMHG; FC: 98X MIN- FR: 18X MIN; STO2 98%; T: 36.5 C. EST CONCIENCIA ALERTA;PROTEINURIA: NEGATIVO. TOTAL SCORE MAMA:0. RIESGO OBSTETRICO IDENTIFICADO: ANTECEDENTE DE ABORTO: 1 PTO. HERMANACON PREECLAMPSIA: 2 PTOS. OBESIDAD IMC 33.37: 3 PTOS. PONDERACION: 5 RIESGO OBSTETRICO ALTO. OCUPACIÓN: AMA DE CASA-NIVEL DE INSTRUCCIÓN: BASICO- ETNIA: MONTUBIO- RELIGIÓN: NO TIENE- ESTADO CIVIL: UNIDA- LUGAR DE NACIMIENTO: CHONE-LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: SAN LORENZO VIA A COLORADO- REFERENCIA DE DOMICILIO: COMEDOR DE LAS MARIAS- SEGURO: NO-NUMERO CELULAR: 0997582134- TELÉFONO DE CONTACTO: 0993123282 (PAREJA ? LEONEL GARCIA). 0992795698 (S UEGRA- GRACIELAMARIA) // PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 16 AÑOS- PAREJAS SEXUALES: 1- CITOLOGÍAS: 0. MENARQUIA: 13 AÑOS- MENSTRUACIÓN:IRREGULAR- DIS MENORREA: SI- ANTICONCEPTIVOS: NO. // AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO- NO RASH- NOFIEBRE- COLABORA CON EL INTERROGATORIO- SANGRADO VAGINAL: NO REFIERE- ACTIVIDAD UTERINA; NO. EDEMA: EXTREMIDADESINFERIORES; TAMIZAJE DE VIOLENCIA: NEGATIVO. SE REALIZA IC A GINECOLOGIA POR EMBARAZO DE ALTO RIESGO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
RIESGO OBSTERICO ALTO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Supervision De Embarazo De Alto Riesgo Sin Otra Especificacion		Z359		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-12-22	04:23	Kimberly	Guerrero	Salto
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313050203				

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	