



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	1312028341							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Muñoz	García	Genesis	Adalgiza	M	26-04-1994	31	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
097870907 / 0997869057 / 0963358559		X		MOTIVO							
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
GESTANTE DE 31 AÑOS CON HO: G3 A2 P1 C0. PIG CORTO -1 AÑO- APP: OBESIDAD- APF: PADRES Y ABUELOS CON HTA Y DMII. ALERGIAS: PENICILINA Y AINES. FUM: INCIERTA??EX. OBSTÉTR ACTUALMENTE CON 36 SG. POR ECO. AL EX. FÍSICO: OBESIDAD G°2 POR IMC: 35. MUCOSAS NORMOCROMICAS. AR: MV NORMAL- ACV: RSCRSS/S- TA: 110/60MMHG. MI SIN EDEMA- SCORE MAMA: 0 EX. OBSTÉTRICO: AU: 38CM (SIGNO DE MAS +) MF+. FCF: 150 L X MIT. PRESENTACIÓN. CEFÁLICA.? EX. GINECOLÓGICO NO EXPLORADO (NIEGA FLUJO) EX. DE I- II. Y III TRIMESTRE NORMALES PERO ESTA PENDIENTE LA PTOG- Y ECOGRAFIA DE III TRIMESTRE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EX. OBSTÉTRICO: AU: 38CM (SIGNO DE MAS +) MF+. FCF: 150 L X MIT. PRESENTACIÓN. CEFÁLICA.? EX. GINECOLÓGICO NO EXPLORADO (NIEGA FLUJO)SE INDICA ECOGRAFIA DE III TRIMESTRE Y REFERENCIA A II NIVEL PARA VALORARA SU VIA DE PARTO Y POR NORMATIVAS PRENATALES?

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
2025-12-04	03:26	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	