



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	1317654497							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Proaño	Loor	Silvana	Stefania	M	04-06-2003	22	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
983486244			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.								
			2. Falta de espacio físico.								
			3. Falta de equipamiento.								
			4. Equipos en mal estado.								
			5. Problemas de infraestructura.								
			6. Problemas de abastecimiento.								
			7. Insuficiencia de profesionales.								
			8. Inadecuada capacidad resolutive								
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1315	131550									

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 22 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU CONTROL PRENATAL- CURSA EMBARAZO DE 29 SEMANAS POR FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN: 23/03/2025- FECHA PROBABLE PARTO: 28/12/2025- NO CONFIABLE- EMBARAZO NO PLANIFICADO- APP: NO REFIERE- APF: PADRE DIABETICO E HTA. AGO: G01- C01 PIG: 1 AÑO 2 MESES- ALERGIAS: NO REFIERE- MENARQUIA: 12 AÑOS. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO- REFIERE SENTIRSE BIEN- BUEN APETITO (5 COMIDAS)- ORINA Y DEFECA SINDIFICULTAD- NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE- SI LEUCORREA AMARILLO- NO PERDIDAS DE LIQUIDO NO SANGRADOS VAGINAL- - AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO PUNTAJE :3. AL EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES. ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL. -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 29 CM FREC.CARDIACA FETAL: 135 LPM- MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACION: INDETERMINADO. PROTEINURIA (NEG)- MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA NO REFIERESANGRADO TRANSVAGINAL- SCORE MAMA: 0 GANANCIA DE PESO INADECUADA PARA EDAD IMC PRECONCEPCIONAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ECOGRAFIA: 25/08/2025: PRODUCTO ÚNICO VIVO PODALICO DORSAL IZQUIERDO- BPD: 54MM=22.3 SEMANAS- CC: 196MM= 21.6 SEMANAS- AC: 170MM= 22.0SEMANAS- FL: 39MM= 22.5 SEMANAS- CEREBELO 39MM= 22.1 SEMANAS- CISTERNA MAGNA 4.76MM-ESTOMAGO PRESENTE- SEXO MASCULINO-CORAZÓN 4CÁMARAS- CORDÓN UMBILICAL NORMAL- PLACENTA INSERION BAJA MADURACION GRDO I/III-TONO FETAL NORMAL- FCF: 150LPM-LA: NORMAL- ILA: 14.89CM- HN:6.4MM- EMBARAZO DE 22.2 SEMANAS- FPP:21/12/2025.PESO: 489GR.

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
2025-11-06	02:32	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		