



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	1315707545						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Moreira	Espinoza	Dayana	Michelle	M	25-03-2000	25	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	X	DERIVACIÓN MOTIVO					
0961524558			1. Accesibilidad geográfica.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			2. Falta de espacio físico.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.							
13	1315	131550	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							

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
SEGUNDIGESTA NULIPARA DE 25 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA A CONTROL PRENATAL- CURSA EMBARAZO DE 29.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFIA DELPRIMER TRIMESTRE. FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: 04/04/2025 FECHA PROBABLE PARTO: 09/01/2026- NO CONFIABLE- HISTORIA OBSTETRICA: G:1- C01- PERIODOINTERGENESICO : 2 AÑOS- ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE- ANTECEDENTES PERSONALES FAMILIARES: MADRE HTA. ALERGIAS: NINGUNA-MENARQUIA: 12 AÑOS- INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 18 AÑOS- PAREJAS SEXUALES: 1. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO- REFIERE SENTIRSE- BUEN APETITO (5COMIDAS)- ORINA Y DEFECA POCA DIFICULTAD- NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE- NO LEUCORREA. NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL- SE LA OBSERVAAPARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL- A FEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO PUNTAJE : 2. AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 30 CM FREC.CARDIACA FETAL: 158 LPM- MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACION: CEFALICO. PROTEINURIA NEG- MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA - SCORE MAMA:

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SEMANAS- FL:40MM= 24.0 SEMANAS- CEREBELO 25MM= 23.0 SEMANAS- CISTERNA MAGNA DE 7-33MM- SEXO: MASCULINO- CORAZÓN 4 CÁMARAS- CORDÓNUMBILICAL NORMAL- PLACENTA ANTERIOR MADURACION GRADO I/III- TONO FETAL NORMAL- LA. NORMAL-ILA: 14.5CM- HN:8.7MM- EMBARAZO DE 23.2 SEMANAS-FPP. 22/01/2026. PESO: 603 GR

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
2025-12-22	08:51	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	1301248108	
-----	--	--	--	------------	--

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 (Chone)	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

.Atencion 26 De Mayo 2025: Referencia Para Control Y Seguimiento. Refiere Artrlgias De Manos Y Rodillas Sin Inflamacion. Se Solicita Ex Y Rx. Mantener Igaul Esquema. Prednisona A 5mg Vo Qd- Continuar Mtx 15mg Semanal- Ac Folico 5mg Vo Qd-

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Artritis Reumatoidea Seropositiva Sin Otra Especificacion		M059		X	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	
1308809787				