



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	Convento	CS-A	1313895516							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Moreira	Obando	Jeniffer	Lisseth	M	30-09-1999	26	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
098-946-8935		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
13	1303	130353	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 FEMENINA ADOLES CENTE DE 26 AÑOS DE EDAD FUM: 20/08/2025 AGO: G0 P0 C0 A0- APP: DIS CAPACIDAD FIS ICA 30%- APF:PADRE HTA- AQX: NO REFIERE- ALERGIA: NO REFIERE- HABITOS : NO REFIERE. CATEGORIZACION DE RIES GO OBS TETRICODIS CAPACIDAD FIS ICA (2) S OBREPES O (1) RIES GO OBS TETRICO BAJO PUNTAJE TOTAL= 3. HOY CURS A EMBARAZO DE 18.4 S EMANAS DE GES TACIÒN POR ECO REALIZADA EL 11/11/2025 CON REPORTE DE 13.2S G FPP 16/05/2026. ACUDE A CONS ULTA EN ES TA UNIDAD DE S ALUD PARA TERCER CONTROL PRENATAL- PACIENTE CON DIS CAPACIDAD FIS ICA POR ASIMETRIA DE MIEMBROS INFERIORES - REFIERE S ECRECION VAGINAL + DOLOR LUMBAR. AL MOMENTO AFEBRIL- EUPNEICA- HEMODINAMICAMENTE ES TABLE- ORIENTADA ES S US ES FERAS .

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE CON DISCAPACIDAD FISICA POR ASIMETRIA EN MIEMBROS INFERIORES- PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. S E INDICAN S IGNOS DE ALARMA 3. MEDIDAS HIGIÉNICAS 4. CONS EJERÍA NUTRICIONAL: 5 COMIDAS DIARIAS DIETA RICA EN HIERRO Y CALCIO- FRUTAS Y VERDURAS - BAJA EN S AL- GRAS AS Y AZUCAR 6. ACTIVIDAD FIS ICA CAMINATA 30 MINUTOS CADA DIA (DE ACUERDO A LA CONDICION) 7. CONS EJERÍA EN EDUCACIÒN PRENATAL 8. PS ICOPROFILAXIS DE PARTO 9. LLENADO DE TARJETA DE S EGUIMIENTO DE EMBARAZADA 10. PLAN DE PARTO Y TRANS PORTE 11. CONS EJERÍA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUS IVA 180 DÍAS - BENEFICIOS E IMPORTANCIA A LIBRE DEMANDA 12. NO LECHE DE FORMULA- NO CHUPONES - NO BIBERONES - NO AGUAS AZUCARADAS 13. CONS EJERÍA EN PARTO EN LIBRE POS ICIÒN: ACOMPAÑADA DE UN FAMILIAR- ELECCIÒN DE POS ICIÒN PARA EL PARTO- VES TIMENTA A ELECCIÒN- DIS POS ICIÒN DE PLACENTA- CONS UMO DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS DURANTE EL PARTO- PRÁCTICAS INTEGRADAS AL PARTO 14. S EGUIR ES QUEMA DE VACUNAS . S E ENVIA REFERENCIA POR GINECOLOGIA AL HOS PITAL NAPOLEON DAVILA POR CONS UTA EXTERNA. S E PRES CRIBE HIERRO 60MG + AC. FÓLICO 400MCG TOMAR 1 TAB CADA 24 HORAS . CARBONATO DE CALCIO 500MG TOMAR 1 DIARA- ACIDO ACETIL S ALICILICO 100MG TOMAR 1 DIARIA- ACROMONAS OVULOS APLICARS E 1 CADA NOCHE POR 7 DIAS NO S E ENTREGAN POR FALTA EN S TOCK S E DA PROXIMA CITA PARA EL 20/01/2026. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NO HAY PARAMETROS . PACIENTE S ALE ES TABLE DE CONS ULTA

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
2025-12-30	06:28	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310675093				

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	