



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	Cucuy	CS-A	1314035054						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Santana	Parraga	Alexandra	Isabel	M	08-11-1992	33	H	D	M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO						
0964040907			X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.							
			2. Falta de espacio físico.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.							
13	1303	130355	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
GESTANTE DE 32 AÑOS ACUDE A LA CONSULTA PARA CONTROL PRENATAL. CURSA CON EMBARAZO DE 26.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM 20-07-2025 Y HOY CON 28.3 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECO: REALIZADA EL 29/12/2025 CON (24.5 SG). APP: DISCAPACIDAD VISUAL 30% OJO DERECHO- APF: DM2 MADRE EN TTO- APQX NO REFIERE- AGO: G4 P2 C0 A2- AL MOMENTO REFIERE DURA DE 3 DIAS- NO SE HA AUTOMEDICADO. PACIENTE AFEBRIL- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE- SE REVISAN EXAMENS DE LABORATORIO REALIZADOS EL 4-12-2025 DONDE SE OBSERVA EL GRUPO SANGUINEO QUE REPORTA O RH -- SE LE PREGUNTA A LA PACIENTE SI EN EMBARAZOS ANTERIORES HAN COLOCADO INYECCION DE INMUNOGLOBINA RH (ANTI D)- Y NO LE HAN COMUNICADO SI LE HAN PUESTO O NO- POR LO QUE MANIFESTA QUE NO- PERO SI LE HAN EXPLICADO LAS CONSECUENCIAS DE EMBARAZOS POSTERIORES POR GRUPO SANGUINEO RH - E HIJAS RH +- LO QUE ELLA ENTIENDE- SIN EMBARGO NO SE HA COLOCADO LA INYECCION ANTI - D- ADEMÁS EN CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO PRESENTA 7 PUNTOS (ABORTO (2)- RH - ISOINMUNIZADA. (3)- DISCAPACIDAD FISICA (2)) SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA A GINECOLOGIA- EN ESPERA DE TURNO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
26-1-2026 COOMBS INDIRECTO NEGATIVO (UROLISIS DE RUTINA): COLOR: AMARILLO ASPECTO: LIG TURBIO DENSIDAD: 1.020 PH: 6.0 LEUCOCITOS: POSITIVO NITRITOS: NEGATIVO PROTEINAS: NEGATIVO GLUCOSA: NEGATIVO CUERPOS CETÓNICOS: NEGATIVO UROBILINÓGENO: NEGATIVO BILIRRUBINA: NEGATIVO SANGRE: NEGATIVO SEDIMENTO URINARIO CELULAS EPITELIALES: 2-4 POCITOS: 4-6 HEMATIES: 8-2 BACTERIAS: + MOCO: + LEVADURAS DE HONGOS: +

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Supervisión De Embarazo Con Otro Riesgo En La Historia Obstétrica O Reproductiva		Z352		X	4.			
2. Atención Materna Por Isoinmunización Rhesus		O360		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-26	10:27	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. DIAGNÓSTICOPRE= 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		