



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	1313916007							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Cedeño	Moreira	Maria	Cecilia	M	26-10-2002	23	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN MOTIVO						
0963139481			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
PRIMIGESTA DE 23 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL PRENATAL- CURSA EMBARAZO DE 34 SEMANAS POR FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN: 14/05/2025- FECHA PROBABLEPARTO: 18/02/2026- CONFIABLE- EMBARAZO NO PLANIFICADO- ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO- REFIERE SENTIRSE MUY BIEN - BUEN APETITO (5 COMIDAS)- ORINA YDEFECA SIN DIFICULTAD- NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE- NO LEUCORREA - NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL- ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:NO REFIERE- ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: MADRE DIABETES- ANTECENTES GINECO-OBSTETRICOS: GESTA: 0- ALERGIAS: NO REFIERE- MENARQUIA: 11 AÑOS-INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 22 AÑOS- PAREJAS SEXUALES: 1. SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL- AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO :ALTO PUNTAJE : 5 (BAJO PESO Y INFECCION DE VIAS URINARIAS RECURRENTES). A EL EXAMEN GINECO-OBSTETRICO PRODUCTO UNICO VIVO PRESENTACIÓN CEFALICO-FCF: 145LPM. ALTURA UTERINA: 35 CM. PROTEINURIA (NO HAY EN LA UNIDAD)- MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA. SCORE MAMA: 0

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ECOGRAFIA OBSTETRICA: 15/12/2025 PRODUCTO ÚNICO VIVO CEFALICO DORSAL IZQUIERDO BPD: 77MM0 31.1 SEMANAS- CC:280MM= 30.5 SEMANAS- AC: 265MM=3.5 SEMANAS- FL: 58MM= 30.5 SEMANAS- ESTOMAGO PRESENTE- CORAZÓN 4 CÁMARAS- CORDÓN UMBILICAL CIRCULAR SIMPLE PLACENTA ANTERIORMADURACIÓN GRADO I/III- FC: 134LPM- LA: NORMAL-ILA: 13.7CM- HN: 9.9MM- EMBARAZO DE 30.6 SEMANAS- FPP:17/02/2026. PESO: 1626GR. UROANALISIS:LEUCOCITOS: 20 - 30- CELULAS EPITELIALES: ABUNDANTES- BACTERIAS: ++

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Supervision De Otros Embarazos De Alto Riesgo		Z358		X	4.			
2.	Infeccion No Especificada De Las Vias Urinarias En El Embarazo		O234		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-12	03:39	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		