



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	1314167345							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Loor	Zambrano	Jeniffer	Fernanda	M	11-01-2004	21	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0962753035			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO								
			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 resolutoria								
			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	
ERCIGESTA DE 21 AÑOS DE EDAD- CURSA EMBARAZO DE 30 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: 14/06/2025 FECHA PROBABLE PARTO:21/03/2026- ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO- REFIERE SENTIRSE BIEN- BUEN APETITO (5 COMIDAS)- ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD- NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE- NOPERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL- NO LEUCORREA- CON BUEN ESTADO GENERAL- AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO PUNTAJE : 3 .ANTECEDENTESPATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE- ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES : ABUELO DIABETICO - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICO: GESTA: 02- ABORTO: 01CESAREA: 01- ALERGIAS : NO REFIERE- PERIDO INTERGENESICO: 1 AÑO 9 MESES - MENARQUIA: 12 AÑOS - INICIO DE LA RELACIONES S EXUALES : 18 AÑOS - PAREJASSEXUALES : 1-. AL EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES. ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL. -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA:28 CM FREC. CARDIACA FETAL: 135 LPM- MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACION: CEFALICO. PROTEINURIA (NO HAY EN LA UNIDAD)- MIEMBROS INFERIORES: NOEDEMA - SCORE MAMA: 0 GANANCIA DE PESO EXCESIVA PARA EDAD IMC PRECONCEPCIONAL	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
8/11/2025: VIH 1+2 AG P24: NO REACTIVO- VDRL NO REACTIVO- HEPATITIS B: NEGATIVO. HEPATITIS C: NEGATIVO. TRIPANOSOMA CRUZI: NEGATIVO. ECOGRAFIA OBSTETRICA:PRODUCTO UNICO VIVO.PRESENTACIÓN CEFÁLICO DORSAL IZQUIERDO. BPD: 55MM (22.5 SG)- CC: 206MM (22.5 SG)- AC: 173MM (22.2 SG)- FL: 39MM (22.5 SG).CEREBELO 24MM (22.4 SG). CISTERNA MAGNA 6.57MM. SEXO: FEMENINO. ESTOMAGO: PRESENTE- CORAZON: 4 CAMARAS- CORDÓN UMBILICAL:NORMAL.....VITALIDAD FETAL..... PLACENTA POSTERIOR MADURACION GRADO I/III- TONO FETAL NORMAL- FC: 148 LPM- LIQUIDO AMNIÓTICO NORMAL ILA 14.44CM-HUESO NASAL VISTO DE 5.7MM- ESPESOR PRENASAL: 2.4MM.....EMBARAZO DE 22.4 SG (+- 2 SEMANAS). FPP 20/03/2026 (+- 2 SEMANAS). PESO 508G. 40.8%	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Atencion Materna Por Cicatriz Uterina Debida A Cirugia Previa	O342		X	4.				
2.	Supervision De Otros Embarazos Normales	Z348		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	03:47	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	