



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	Nause	CS-A	1350335442							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Zavala	Barre	Nathaly	Silvana	M	27-07-2002	23	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
0980860195			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.								
			2. Falta de espacio físico.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.								
13	1303	130302	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
PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS APP: NO REFIERE. FUM 08/09/2025. APCX: LEGRADO POR ABORTO DE GEMELOS. NIEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. PAP TEST: NO REALIZA- A2 P1 V 1 FN. 2021-02-27- ANT. FAMILIARES DE PREECLAMPSIA. DOMICILIO: RIO VENDIDO A 10 MIN DE ESCUELA Y SEGURO CAMPESINO/ CEL. 0959822343. EDAD GESTACIONAL POR FUM 8/09/2025 ; 22.3 SG. REFIERE LEVE CEFALEA. RIESGO OBSTETRICO: ALTO. FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES: PESO- Y NO MODIFICABLES: ABORTOS ESPONTÁNEOS PREVIOS AL MOMENTO DE CONSULTA- PACIENTE CONSCIENTE Y ACTIVA COLABORADORA AL INTERROGATORIO- ORIENTADA. PROTEINAS EN TIRILLAS NEGATIVO. SE DA ASESORIA DE ALIMENTACION SALUDABLE. DIETA RICA EN FRUTA Y VERDURA- LECHE- HUEVO- CARNE- POLLO- PESCADO- FRACCIONADA EN 5 COMIDAS- EVITAR EXCESO DE SAL- FRITOS Y CARBOHIDRATOS- ACTIVIDAD FISICA NO ATENUANTE- HIGIENE PERSONAL- SALUD BUCAL- ESTILOS DE VIDA SALUDABLES CONSEJERÍA SOBRE PREVENCIÓN DE ITS/ SE REALIZA TAMIZAJE DE VIH- SIFILIS- CHAGAS Y GOTA GRUESA. TAMIZAJE VIOLENCIA DE GENERO NEGATIVO.LLENADO DE LIBRETA INTEGRAL DE SALUD. SE INDICA SIGNOS DE ALARMA- PLAN DE PARTO Y CONSEJERIA DE CUIDADOS GENERALES/ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. PREVENCIÓN DE ZIKA Y DENGUE. HIERRO + ACIDO FOLICO 60/0.4 1 TAB DIARIA. REVENCION DE PREECLAMPSIA CON ACIDO ACETILCISTEINA 100MG QD- CALCIO 1.5G CADA 8 HORAS(NO CONTAMOS POR EL MOMENTO EN LA UNIDAD PERO SE LE INDICO QUE COMPRARA)- SE ENVIA REFERENCIA A GINECOLOGIA- ODONTOLOGIA EN ESPERA A SER ATENDIDA EN LA UNIDAD- AMERITA SEGUIMIENTO SUBSECUENTE EN PRIMER Y SEGUNDO NIVEL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
BHCG CUALITATIVA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Supervision De Embarazo Con Historia De Aborto		Z351		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-12	08:25	Jahaira	Ponce	Lopez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1351700222				

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	