



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	1314962836							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Loor	Loor	Maritza	Isabel	M	14-12-1995	30	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0992255683		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
13	1303	130302	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 DE 30 AÑOS DE EDAD- EMBARAZADA- CON FUM INCIERTA (06/06/2025)- NO CONFIABLE- LO QUE S UGIERE 37SEMANAS DE GESTACIÓN- FPP ESTIMADA 13/03/2026. NO CUENTA CON ECOGRAFÍA PRECOZ. ECOGRAFIA DE TERCER TRIMESTREREALIZADA EN HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA EL 28-01-2025- EMBARAZO DE 28.6 SEMANAS (POR ECOGRAFÍA TARDÍA 32.1 SG)- FPP 16-04-2026. AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL- ALERTA Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE.SIGNOS VITALES: PA 118/60 MMHG- FC 99 LPM- FR 18 RPM- T 36.6 °C- SATURACIÓN 99%. PESO ACTUAL 73.9 KG. EXAMENOBSTÉTRICO: ALTURA UTERINA 31 CM- PRESENTACIÓN CEFÁLICA- FRECUENCIA CARDIACA FETAL 146 LPM- MOVIMIENTOS FETALESPRESENTES- SIN SANGRADO VAGINAL. PROTEINURIA NEGATIVA. SCORE MAMA 0. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:PREECLAMPSIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE DIABÉTICO. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: GESTA 1- PARTOS 0-CESÁREA 1- ABORTOS 0- PIG 04/11/2015. SE IDENTIFICA RIESGO OBSTÉTRICO PONDERADO DE 5 PUNTOS- INCLUYENDO SOBREPESO-CICATRIZ UTERINA PREVIA- PERIODO INTERGENÉSICO -5 AÑOS- ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA Y FALTA DE INSTRUCCIÓN. TAMIZAJEDE TERCER TRIMESTRE PARA VIH- HEPATITIS B Y HEPATITIS C NEGATIVO. SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DEPREECLAMPSIA- S UPLEMENTACIÓN CON HIERRO- ÁCIDO FÓLICO- CARBONATO DE CALCIO Y ÁCIDO ACETILSALICÍLICO- ASESORÍANUTRICIONAL Y CONTINUIDAD DE CONTROLES EN PRIMER Y SEGUNDO NIVEL. PACIENTE ESTABLE- SIN COMPLICACIONES AL MOMENTO-SE PROGRAMA PRÓXIMO CONTROL PRENATAL Y SE INDICA QUE LA PACIENTE DESEA REALIZARSE LIGADURA DE TROMPAS POSTPARTO-LO QUE SERÁ EVALUADO SEGÚN CRITERIOS OBSTÉTRICOS Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO. SEXO MUJER. POSICION CEFALICO DORSO A LA IZQUIERDA. FCF 160LPM. DBP 29+0SG HC 28+4SGAC 29+0SG FL 28+6SG CEREBELO 27+5SG PESO FETAL 1308 G PLACENTA POSTERIOR GRADO 1 ILA_17 CONCLUSION EMBARAZO DE28 SEMANAS 6 DIAS DE GESTACION POR ECOGRAFIA FPP: 16-04-2026

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Esterilizacion		Z302		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-21	12:35	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	