



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.		6. Problemas de abastecimiento.					
				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 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		