



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	Flavio Alfaro		CS-B	1313627406											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Vera		Minalla		Andrea		Isabela		M	01-04-2003	22	H	D	M	A			
														X			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X		DERIVACIÓN MOTIVO									
099-980-2451				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		1305		130550		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 GESTANTE DE 22 AÑOS AÑOS- ACUDE CONTROL PRENATAL- CURSANDO EMBARAZO DE 11.6 SEMANAS DE GESTACIÓN PORFECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (7/12/26) (NO CONFIABLE)- FECHA PROBABLE DE PARTO: 13/09/2026- Y POR ECOGRAFÍA DELPRIMER TRIMESTRE (21/01/26) CRL 1.74 CM REPORTA EMBARAZO DE 8.1 SEMANAS DE GESTACIÓN AL DÍA DE HOY 11.6 SEMANAS DEGESTACION- CON RIESGO OBSTÉTRICO: BAJO 2 POR HEMORRAGIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. SCORE MAMA: 0 ALMOMENTO ESTABLE- AFEBRIL- CEFALEA EVA 4/10 SIN TRATAMIENTO ADMEAS REFIERE QUE A NO TIENE SECRECION BLANQUECINA QUEFUE TRATADA CON 3 OVULOS NO ESPECIFICA NOMBRE DEL MEDICAMENTO. PRESCRITO HOSPITAL SAN ANDRES REFIRIENDO QUENECESITA UNA REFERENCIA PARA CONTROL. ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO- NIEGA SANGRADO - NIEGA PÉRDIDA DE LÍQUIDO.NIEGA ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGÍA. DATOS DE DOMICILIO:ZAPALLO LUGAR DE REFERENCIA: VIA A CHONE EN UN PUENTE- POR LAESCUELA RAYMUNDO ABEIGA. TLF:0999802451 TFN EMERGENCIA 0967255442 MADRE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

OTROS ANALISIS: GLUCOSA 82- UREA 14.8- CREAT 0.7- ACIDO URICO 3.4- TRIGLICERIDOS 119.2- COLESTEROL 190- AST 33.9- ALT 27.6-OTROS ANALISIS: VIH NO REACTIVO- TOXOPLAS MA NEGATIVO- RUBEOLA NEGATIVO- CITOMEGALOVIRUS NEGATIVO- HERPES SIMPLENEGATIVO- VDRL NO REACTIVO UROANALISIS: AMARILLO TRASPARENTE DESNIDAD 1010- PH 7- CELULAS REDONDAS 5-7 XC- PIOCITOS1-2 XC- BACTERIAS ESCASOS BIOMETRIA HEMATICA: LEUCOCITO S10.9- HB 11.5- HTC 33.6- LINFOCITO 26%- NEUT 65%- MONO 5%-EOSI 3.5- PLAQ 254000 ULTRASONIDO: ESTUDIO ECOGRFICO DE PRIMER TRIMESTR PLACENTA FUNDICA; MADURACION GRADO 0- NOHEMATOMA PLACENTARIO - LIQUIDO AMNIOTICO EN CANTIDAD ADECUADA- FCF 145 CONCLUSIONES: GESTACION CON PRESENCIA DEFETO UNICO DE 12 SEMANAS 5 DIAS FECHA PROBABLE DE PARTO 28 DE AGOSTO DEL 2026 SE S UGIERE CONTROL ECOGRAFICO A LASSEMANAS 22 - 24

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Supervision De Embarazo De Alto Riesgo Sin Otra Especificacion	Z359			X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-02	11:33	Walther		Castro	Velez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO
1310868573					

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	