



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	Chone	CS-C	1314473792							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Aveiga	Solorzano	Alexi	Anabel	M	10-09-1997	28	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN							
099-083-6380			X	MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
13	1303	130350	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive	X					
			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
USUARIA DE 28 AÑOS- PRIMIGESTA- ACUDE A PRIMER CONTROL PRENATAL- CURSA CON EMBARAZO DE 16.5 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHADE ULTIMA MENSTRUACIÓN 5/02/2026- / ESTABLE- AFEBRIL AL MOMENTO. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO.CABEZA: NORMOCEFALO- NO RASH- NO FIEBRE NO CONJUNTIVITIS - CONJUNTIVAS:NORMAL - CUELLO: TIROIDES:VISIBLE SIN ADENOPATIAS;TÓRAX:CORAZÓN RÍTMICO- RUIDOS CARDIACOS NORMALES -PULMONES: CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS; MAMAS: PEZONES FORMADOS;ABDOMEN: GESTANTE/ NO SE AUSCULTA FRECUENCIA CARDIACA FETAL- PRESENTACIÓN INDETERMINADA- AUMENTADO DE TAMAÑO COMPATIBLECON EDAD GESTACIONAL- AL EXAMEN OBSTÉTRICO ALTURA UTERINA 15CC- FETO DOBLE SEGÚN ECOGRAFIA- AL EXAMEN GINECOLÓGICO NO HAYPRESENCIA DE LEUCORREA- NO HAY PRESENCIA DE SANGRADO- MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES O AUSENTES - EXTREMIDADES: INFERIORES NOEDEMAS- NO VÁRICES - GASTO URINARIO NO CUANTIFICABLE- OXIGENOTERAPIA- AL AMBIENTE- SCORE MAMA (0) - ESTADO NUTRICIONAL NORMAL/PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO SE REALIZA PRUEBA RÁPIDA DE VIH CUARTA GENERACIÓN NO REACTIVA- SÍFILIS NO REACTIVA- CHAGASNEGATIVA-HEPATITIS B NEGATIVO- SE SOLICITAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y ECOGRAFÍA SE INTERCONSULTAS A PSICOLOGÍA- NUTRICIÓN-ODONTOLOGÍA- INMUNIZACIÓN- MEDICINA FAMILIAR- TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO- RIESGO OBSTETRICO ALTO- CATEGORÍA (3)- REFERIDA ASEGUNDO NIVEL- SE ENVIA TRATAMIENTO PREVENTIVO PARA PREECLAMPSIA POR FACTORES DE RIESGO- EMBARAZO MULTIPLE Y PRIMER EMBARAZO-CONSULTA DE CONTROL EN UN MES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
INMUNOLOGIA: VIH NO REACTIVO- SÍFILIS NEGATIVO- CHAGAS NEGATIVO- HEPATITIS B NEGATIVO ULTRASONIDO: UTERO GESTANTECON PRESENCIA DE 3 SACOS GESTACIONAL DE 9.6 SEMANAS- BUENA CANTIDAD DE LIQUIDOAMNIOTICO EN S U INTERIOR- FETOSPRESENTES VIVOS- SE OBSERVA UN TERCER PRODUCTO SIN VIDA DE 8 SEMANAS APROXIMADAMENTE- FCF 167- FCF B 166- EMBRIONNUMERO 3 SIN ACTIVIDAD CARDIACA. CORION PLACENTARIO 1- EMBARAZO MULTIPLE DOS DE ELLOS CON ACTIVIDAD CARDIACA- UNEMBRION SIN ACTIVIDAD CARDIACA ULTRASONIDO: UTERO GESTANTE - CON PRESENCIA DE 2 SACOS GESTACIONALES DE 13SEMANAS- FETOS PRESENTES VIVOS FETO A FCF 162- FETO B 159XM- CERVIX NORMAL- FETO A HUESO NASAL 2MM- FETO B HUESONASAL 2.2MM- EMBARAZO GEMELAR DE 13 SEMANAS- FETO A CORION PLACENTARIO DE IMPLANTACION ANTERIOR Y FETO B DEIMPLANTACION POSTERIOR. EMO: QUIMICO Y SEDIMENTO NORMAL

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Embarazo Doble	O300		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-06-04	02:30	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1314783083				

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	