



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	Hospital Basico Natalia Huerta De Niemes		HB	1310758980													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Cedeño		Toala		Maria		Fernanda		M	16-02-1993	33	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
0991798476				X															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
PROVINCIA				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X											
CANTÓN				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios													
PARROQUIA				5. Problemas de infraestructura.															
13				1312		131250													

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	
EDAD: 33 AÑOS . ALERGIAS : AMPICILINA RAS H. APP: AS MA S IN TRATAMIENTO. APQ: APENDICECTOMIA HACE 15 AÑOS . AGO: MENARQUIA: 13 AÑOS . CICLOS MENSTRUALES 30X4 FLUJO NORMAL. DISMENORREA: S I 10/10. PAP TES T: HACE 2 AÑOS (NORMAL) PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NINGUNO. AGO: GES TAS 3 ABORTOS 2 CES AREAS 0 PARTOS 0. GES TA 3: FUM: 22/10/2025. EG: 36.2S EMANAS . FPP: 29/07/2026. CONTROLES : 3 ECOGRAFIAS : 2 (NORMALES) MH: HIERRO + ACIDO FOLICO / CALCIO / AS PIRINA. VACUNAS : COMPLETAS . MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE QUE PRES ENTA INCOMODIDAD PARA DORMIR- REFIERE QUE PERCIBESENSACION DE CONTRACCIÓN- LEVE- EVA 3/10- DE PREDOMINIO EN HIPOGASTRIO- NIEGA SIGNOS DE VAS OES PASMO- NIEGAMOLESTIAS URINARIAS - NIEGA SECRECIÓN VAGINAL- NIEGA PERDIDAS VAGINALES - PACIENTE REFIERE QUE PERCIBE MOVIMEINTOS FETALES . PACIENTE TRAE EXÁMENES DONDE S E ENCUENTRA BIOMETRIA HEMATICA NORMAL- TGO- TGP- NORMAL- TS H- NORMAL- CREATININA NORMAL- PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES NIEGA SINTOMATOLOGIA- SE ENVÍA A REALIZAR UROCULTIVO Y S E ENVIATRATAMIENTO EMPIRICO. PACIENTE ACUDE A CONTROL EL DIAD E HOY 3 DE JULIO- AL MOMENTO AS INTOMATICA- PACIENTE REFIEREQUE ECOGRAFÍA PRODUCTO PODALICO- REFIERE LEVE DOLOR ABDOMINAL- TIPO CÓLICO- DE PREDOMINIO EN HIPOGASTRIO- EVA 3/10-NIEGA MOLES TÍAS URINARIAS - NIEGA SECRECIÓN VAGINAL. PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES . NIEGA PERDIDAS VAGINALES .	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
NA	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Atencion Materna Por Presentacion De Nalgas		O321	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-07-03	02:31	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310671951				

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	