



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	Chibunga	CS-A	1316787967									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Jama	Soza	Andrea	Anabel	M	16-09-2009	16	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0968487542		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	130354	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
ACUDE GESTANTE DE 16 AÑOS ACUDE A CONTROL PRENATAL NULIPARA- CURSA EMBARAZO 34.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM17/09/2025 FECHA PROBABLE DE PARTO 24/06/2026. GANANCIA DE PESO INADECUADA. PACIENTE REFIERE PRESENTAR CEFALIAMODERADA- SIN NÁUSEAS O VÓMITOS- NO REFIERE SANGRADO VAGINAL- NIEGA LEUCORREA- NO PRESENTA PRURITO- SINANTECEDENTES DE ENFERMEDADES FEBRILES- NI EXANTEMAS- ANTES NI DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL- TAMIZAJE DE VIOLENCIANEGATIVO. ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO- COLABORA CON EL INTERROGATORIO. RIESGO OBSTÉTRICO BAJO(1 PNT= EDAD) -SCORE MAMA 0. ACUDE CON ECOGRAFÍA (18/05/2026) . PRESENTACIÓN CEFALICO- DORSO ANTERIOR -IZQUIERDO- SITUACIONLONGITUDINAL- FCF:139 LPM- ILA:21.5 - PLACENTA FUNSICA ANTERIOR: GRADO I- DIAMETRO BIPARIETRAL:86 MM- CIRCUNFERENCIA CEFALICA:307 MM- PERIMETRO ABDOMINAL;283 MM- SEXO:MASCULINO- FEMUR FETAL: 64MM - PESO: 2100 GR. EMBARAZO DE 33 SG. HOY 33.1SG. SE REALIZA ATENCIÓN AMIGABLE DEL ADOLESCENTE: FAMILIA NUCLEAR VIVE EN CASA CON S U MADRE Y PADRE. APGAR FAMILIAR: 8 FAMILIA FUNCIONAL- NO SE DETECTA CONS UMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL- CIGARRILLOS O DROGAS- NO SE DETECTA PERDIDA DE AUDICIÓN- NO SE DETECTA TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA- NO SE HA SENTIDO TRISTE NI DEPRIMIDO- REFIERE ESTAR EMOCIONALMENTE ESTABLE. SE SIENTE CONFORME CON S U CUERPO Y S U ESTADO DE ANIMO GENERALMENTE ES ALEGRE

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ECOGRAFÍA (18/05/2026) . PRESENTACIÓN CEFALICO- DORSO ANTERIOR -IZQUIERDO- SITUACION LONGITUDINAL- FCF:139 LPM-ILA:21.5 - PLACENTA FUNSICA ANTERIOR: GRADO I- DIAMETRO BIPARIETRAL:86 MM- CIRCUNFERENCIA CEFALICA:307 MM- PERIMETROABDOMINAL;283 MM- SEXO:MASCULINO- FEMUR FETAL: 64MM - PESO: 2100 GR. EMBARAZO DE 33 SG. HOY 33.1SG.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Polihidramnios	O40X		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-07-01	02:04	Luisa	Mendoza	Alcivar
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1315226454				

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	