



| 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           | Ricaurte                 |                                  | CS-A      | 1315979490                                              |  |                   |                  |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |        | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Cusme                                                       |        | Triviño          |                          | Flor                             |           | Concepcion                                              |  | M                 | 30-04-1998       | 27   | H D M A                 |
|                                                             |        |                  |                          |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |        |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN MOTIVO                                       |  |                   |                  |      |                         |
| 0939195216                                                  |        |                  |                          | X                                |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |        |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |  |                   |                  |      |                         |
|                                                             |        |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |  |                   |                  |      |                         |
|                                                             |        |                  |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |  |                   |                  |      |                         |
|                                                             |        |                  |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |  |                   |                  |      |                         |
|                                                             |        |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN | PARROQUIA        |                          |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |
| 13                                                          | 1303   | 130356           |                          |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |

| 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 ACUDE POR CAPTACION CUENTA CON EMBARAZO DE 16 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFIA- NO REFIERE SIGNOS DEALARMA- NO PERDIDA DE LIQUIDO- NO SANGRADO NI SECRECIONES POR VAGINA. FUM: INCIERTA CALCULO APROXIMADO DE 21/11/2025. FPP:29/08/2026. REISGO OBSTETRICO: (GRAN MULTIPARA 1P- PERIDO INTERGENESICO -18MESES 2P- ANTECEDENTES DE PRECLAMSA 3P-SOBREPESO 1P) 7P RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO. SE ENVIA REFERENCIA POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR SEGUNDONIVEL Y CONTROL. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ULTRASONIDO: ECOGRAFIA BASICA OBSTETRICA: PODALICO. LATIDOS PRESENTES. VENTRICULOS LATERALES NORMALES. PLACENTAGRADO I- DIAMETERO BIPARIETAL: 31MM- PERIMETRO CEFALICO: 111MM. PERIMETRO ABDOMINAL: 97MM- LONGITUD FEMORAL: 17MM.ILA: ADECUADA. PESO FETAL: 127GR. FCF: 127. HUESO NASAL: PRESENTES. PLEXOS COROIDEOS: CENTRALES-NORMALES.ESTOMAGO: VISTO. MOVIMIENTOS FETALES: OBSERVADOS. DUCTOS VENOSOS: ONDA ESPECTRAL TRIFASICA. ONDA A POSITIVA.MIEMBROS S UP E INF: NORMALES CONSERVADOS. |

| E. DIAGNÓSTICO |                                               | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Supervision De Otros Embarazos De Alto Riesgo |                                    | Z358 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                               |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                               |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-03-17                            | 09:05        | Kimberly      | Guerrero        | Salto            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1313050203                            |              |               |                 |                  |

| 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |