



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	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0991798476		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
13	1312	131250	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

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		