

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	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1316396660	1316396660					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
TALLEDO	VERGARA	DOLORES	JESSENIA	F	24/05/1999	26	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN					
995807483		NO TIENE			MOTIVO					
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			
MANABI		TOSAGUA	LAS YUCAS	4. Equipos en mal estado.			X			
				5. Problemas de infraestructura.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
							X			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	NAPOLÉON DÁVILA CÓRDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

SECUNDIGESTA DE 26 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL PRENATAL. CURSA EMBARAZO DE 29 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN 3/10/2025 FECHA PROBABLE PARTO: 10/07/2026. CONFIABLE, EMBARAZO NO PLANIFICADO, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE , GINECO-OBSTETRICO: G01, C01. PERIODO INTERGENESICO: 7 AÑOS. ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 12 AÑOS. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE BIEN , BUEN APETITO (5 COMIDAS), ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, LEVE DOLOR BAJO VIENTRE, NO LEUCORREA , NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO PUNTAJE : 2. EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES. ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL. -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 29 CM FREC. CARDIACA FETAL: 138 LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACION: PODALICO. PROTEINURIA (NO HAY EN LA UNIDAD), MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA NO REFIERE SANGRADO TRANSVAGINAL, SCORE MAMA: 0 GANANCIA DE PESO ADECUADA PARA EDAD IMC PRECONCEPCIONAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

2026-03-17 ULTRASONIDO PRODUCTO: ÚNICO VIVO PRESENTACIÓN: PODALICO DORSAL IZQUIERDO BPD: 57MM QUE CORRESPONDE A 23,4 SEMANAS CC: 212MM QUE CORRESPONDE A 23,2SEMANAS AC: 187MM QUE CORRESPONDE A 23,4 SEMANAS FL: 42MM QUE CORRESPONDE A 23,5 SEMANAS CEREBELO 26MM QUE CORRESPONDE A 23,5 SEMANAS CISTERNA MAGNA 5,87MM SEXO: MASCULINO CORAZON CUATRO CÁMARAS CORDÓN UMBILICAL NORMAL VITALID AD FETAL PLACENTA POSTERIOR MADURACIÓN GRADO I / III TONO FETAL NORMAL FRECUENCIA CARDÍACA 150 LPM LIQUIDO AMNIÓTICO NORMAL ILA 14,50 CM NORMAL DE (8-24CM) HUESO NASAL: VISTO DE 8,9 MM ESPESOR PRENASAL 5,3 MM EDAD US DE 23,4 SEMANAS FPP 10 DE JULIO DEL 2026 (+, -2 SEMANAS) EFW: 606 GRAMOS.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES		Z348		X	4.			
2. ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA		O342		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
21/04/2026	16:00	Katty	Cedeño	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1206699983				

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		