

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	CS TOSAGUA		C	805240637			805240637					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
PATIÑO		ANDRADE		DAYANA		KATHERINE		F	27/06/2000	25	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0805240637 - 0997884043		NO REGISTRA		X				6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		X		8. Inadecuada capacidad resolutive						
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA		X		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				2. Falta de espacio físico.										
				3. Falta de equipamiento.										
				4. Equipos en mal estado.										
				5. Problemas de infraestructura.		X								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIA SECUNDIGESTA DE 18,4 SG POR FUM Y ECO, CON BUEN ESTADO GENERAL DE SALUD, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE, NO DISURIA, LEUCORREA ABUNDANTE COLOR BLANCA , NO FETIDA, NO PRURIGINOSA, NIEGA PERDIDAS VAGINALES DE LIQUIDO MOCO O SANGRE. NO EDEMAS. DEBIDO A FACTORES DE RIESGO, SE ENVIA PARA VALORACION ESPECIALIZADA, YA QUE NO CONTAMOS CON LOS RECURSOS ADECUADOS PARA SU ATENCION INTEGRAL.

RIESGO OBTETRICO 6 PTOS ALTO (ANTECEDENTES 3PTOS (HIJO BAJO PESO CON PARTO PREMATURO; PIG MAYOR A 5a) NUTRCIONALES 3 PTOS (SOBREPESO Y GLICEMIA BASAL MAYOR A 92mg/dl). SCORE MAMA :0

TA: 113/61mmHg, FC 85 lpm, FR 19 rpm, S AT 99%, temp 36,5°C. EXAMEN FISICO: Abdomen: blando, utero gravidO, AU:16.5 cm, Presentapresentación indeterminada, movimientos fetales (FC) son activos, FC: 147x' mediante doppler. **GLICEMIA CAPILAR POSTPANDRIAL 98mg/dl.**

Glucosa 109.13 mg/dL, Urea 13.58 mg/dL, Creatinina 0.68 mg/dL, Ácido Úrico 3.47 mg/dl, Proteínas Totales 7.61 g/dL, ALBÚMINA 4.26 g/dL, Globulina 3.35↑ g/dL , Índice A/G 1.27 1, Colesterol 308.3↑ mg/dL, Triglicéridos 180.76↑ mg/dL, VLDL 36.15↑ mg/dL, TGO/AST 37.27↑ U/L , TGP/ALT 46.23↑ U/L , Nivel de Nitrógeno Uréico 6.34↓ mg/dL, **ORINAEXAMEN FÍSICO – QUÍMICO** Color Amarillo Aspecto Turbio Densidad 1015 pH 7.0 Leuco 500 Leuco/uL Nitritos Negativo, Proteínas Negativo mg/dL, **Glucosa 300 mg/dl mg/dL**, Cuerpos Cetónicos Negativo mg/dL, Urobilinógeno Negativo, Bilirrubinas Negativo, Sangre Negativo Hemoglobina Positiva (+) .

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	4.			
2.	DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA CON EL EMBARAZO	O244	X		5.			
3.	OTRAS INFECCIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN E	O239		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
29/09/2025	3.30 pm	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINCAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	