

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	940986896	940986896					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VELEZ	TUAREZ	VANESSA	ELIZABETH	F	19/11/1991	34	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0980229049 / 0987124109		X								
		MOTIVO								
		1. Accesibilidad geográfica.								
		2. Falta de espacio físico.								
		3. Falta de equipamiento.								
		4. Equipos en mal estado.								
		5. Problemas de infraestructura.								
		6. Problemas de abastecimiento.								
		7. Insuficiencia de profesionales.								
		8. Inadecuada capacidad resolutive		X						
		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios Y MEDICAMENTO / INSUMOS		X						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
M.S.P	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA.

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MULTIGESTA NULIPARA DE 33 AÑOS CON HO: G3 A1 P0 C2. PIG LARGO > 11 AÑOS. AL MOMENTO CURSA EMBARAZO DE 28 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM: 27/07/2025 Y FPP: 03/05/2026.

APP: DERMATITIS ATÓPICA E HIPEREMESIS GRAVIDICA EN I TRIMESTRE. AL MOMENTO CON BEG, MANTIENE SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS Y SIGNOS VITALES NORMALES

AL Ex. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS AR. MV NORMAL, ACV: RSCsRsS/S.-. SCORE MAMA: 0. EX. OBSTÉTRICO. AU: 27cm. MF+. FCF: 140 LAT x MIN. Ex GINECOLÓGICO NO EXPLORADO

EX. DE LAB. DE II TRIMESTRE NORMALES INCLUIDO VIH, VDRL, HEPATITIS Y CHAGAS : NO REACTIVOS. SE INDICA EX. DE III TRIMESTRE Y REFERENCIA A II NIVEL POR PARIDAD SATISFECHA DOS CESÁREAS ANTERIORES LA PACIENTE SOLICITA SALPINGECTOMNIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL Ex. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS AR. MV NORMAL, ACV: RSCsRsS/S.-. SCORE MAMA: 0. EX. OBSTÉTRICO. AU: 27cm. MF+. FCF: 140 LAT x MIN. Ex GINECOLÓGICO NO EXPLORADO

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA P	O342		X	4			
2 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	5			
3 ESTERILIZACION O (SALPINGECTOMÍA.)	Z302			6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/02/2026	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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		