

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	0950204420									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENT O	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
											H	D	M	A	
VALVERDE		PROAÑO		JOSELYNE		MICHELLE		F	24/07/1995	30				X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐	MOTIVO						
0984264059		NO							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. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL															
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA												
MANABI	TOSAGUA		TOSAGUA												

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	C. EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO	
MULTIGESTA 30 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU SEGUNDO CONTROL PRENATAL A ESTA UNIDAD, CON ECOGRAFIA YA QUE MENCIONA QUE NO SABIA QUE ESTABA EN ESTADO DE GESTACIÓN, FUM: 20/12/2025 INCIERTA, FPP: 2026, CURSA 26 SEMANAS POR ULTIMA ECOGRAFIA REALZIADA EL 02/03/2026, EMBARAZO NO PLANIFICADO, TOMABA ANTICONCEPTIVO, APP: PRE.ECLAMPSIA DURANTE EL EMBRAZO, APF: DIABETES, HTA, AGO: GO ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 13 AÑOS, INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 19 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, ESTUDIA, EN LA ACTUALIDAD SENTIRSE BIEN, NIEGA SANGRADOS, NIEGA SECRECION VAGINAL, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO, SCORE MAMA: 0, RIESGO OBSTÉTRICO ALTO 4 PUNTOS, VALORO LABORATORIOS TRAIDOS POR LA PACIENTE, MENCIONA QUE SE ESTA REALIZANDO CONTROLES DE FORMA PARTICULAR, ECOGRAFIA LA QUE SE DESCRIBE EN SU CASILLERO, TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
	FCF 142 LATIDOS POR MINUTO

E. DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO			Z358		X	4.			
2.	AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO			O260		X	5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/03/12	16:00	YOLANDA	CEDENO	CEDENO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	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 CLINICO

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	