

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO LOOR		APELLIDO MATERNO BRIONES		NOMBRES MARIANA CECILIA		FECHA DE NACIMIENTO 21 11 1995		EDAD NAM	SEXO M
NACIONALIDAD ECUATORIANA	PAIS ECUADOR	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE 952219517	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL MANABI	CHONE	CHONE	DIRECCION DOMICILIO CLA EGD I MARIA		Nº TELEFONICO 0959260562	
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA		CONVENCIONAL/CELULAR	

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HIST. CLINIC Nº 952219517	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CENTRO DE SALUD CHONE		TIPO C	DISTRITO/AREA 13D07	
REFIERE O DERIVA A:					FECHA	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDO	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA		9 7 2024
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

Limitada capacidad resolutive	1 ☒	Saturación de capacidad instalada	4 ☐
Ausencia temporal del profesional	2 ☐	Otros/ Especifique	5 ☐
Falta de profesional	3 ☐		

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

.Paciente cesareada anterior 3 veces, multigesta, acude a control prenatal, cursa con embarazo de 20.6 semanas, al examen obstetrico altura uterina 20CC, FCF 144 xm, feto único presentación transverso, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , proteína en orina negativo , Score mama 0 , movimientos fetales presentes, no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso adecuada, trae resultado de exámenes realizados el 27/06/2024, refiere dolor a nivel de extremidad inferior izquierda, y cefalea frcuente de moderada intensidad, tiene resultado de examen de VDRL Reactivo, riesgo obstetrico alto, se refiere a segundo nivel.

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

.HEPATITIS B Negativo RUBEOLA- ANTICUERPOS IGM Negativo TOXOPLASMA- ANTICUERPOS IGM Negativo HIV IV GENERACION No Reactivo VDRL Reactivo HERPES I y II IgM POSITIVO

5. DIAGNOSTICO

	CIE -10	PRE	DEF
1 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X
2 SIFILIS QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O981		X
3			

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

OBST.JANNINA AMBROSSI

CÓDIGO MSP

0913042487

FIRMA



Firmado electrónicamente por:
JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A

III CONTRAREFERENCIA:

3 ☐

REFERENCIA INVERSA

4 ☐

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA	
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:						
ENTIDAD DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNOSTICO

	CIE -10	PRE	DEF
1			
2			

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA:

CODIGO MSP

FIRMA

7. REFERENCIA JUSTIFICADA