

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                                   |  | 1277              | CENTRO DE SALUD EL RECREO |                                                         | A         | 1208547776                       |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                           | PRIMER NOMBRE                                           |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| SOLORIZANO                            |  | SOLORIZANO        |                           | ESPERANZA                                               |           | MARGARITA                        |  | F                 | 11/04/2001       | 23   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                           | REFERENCIA                                              |           | DERIVACIÓN                       |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| 0983987030-0962704437                 |  | MSP               |                           | X                                                       |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                   |                           | MOTIVO                                                  |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  |                   |                           | 1. Accesibilidad geográfica.                            |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| CANTÓN                                |  |                   |                           | 2. Falta de espacio físico.                             |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                             |  |                   |                           | 3. Falta de equipamiento.                               |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                |  |                   |                           | 4. Equipos en mal estado.                               |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| TOSAGUA                               |  |                   |                           | 5. Problemas de infraestructura.                        |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| TOSAGUA                               |  |                   |                           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                           | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                           | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                           | 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                     |  | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA |  | CONSULTA EXTERNA |  | GINECOBSTERICIA |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 23 AÑOS DE EDAD CON AGO: G2 C1 P1 A0 HV2. AL MOMENTO CURSA CON EMBARAZO DE 35.2 SEMANAS DE GESTACION POR FUM NO CONFIABLE 15/04/24.SE CALCULA CON ECOGRAFIA DE PRIMER TRIMESTRE 36.1 SEMANAS DE GESTACION. EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO POR: CESAREA ANTERIOR #1, PERIODO INTERGENESICO CORTO, SANGRADO EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO. HAGO PREVENCIÓN DE ANEMIA CON HIERRO+ ACIDO FOLICO UNA TABLETA 10 AM. EDUCO SOBRE PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE, LACTANCIA, PLANIFICACION FAMILIAR. SCORE MAMA 0. EXAMEN FISICO: RSCS RITMICOS Y NORMOFONETICOS, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, ABDOMEN PROMINENTE ALTURA UTERINA 34 CM, PRODUCTO UNICO DE PRESENTACION CEFALICO DORSAL IZQUIERDO, FCF 145LPM. ACTIVIDAD UTERINA NEGATIVA. EXTREMIDADES NO EDEMA. BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO VALORACION Y TRATAMIENTO POR ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SEROLOGIA SUBIDA EN PREVENCIÓN COMBINADA

E. DIAGNÓSTICO

|    |                                                              |      |     |     |    |  |     |     |     |
|----|--------------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
|    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO                           | CIE  | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
| 1. | ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDO A CIRUIA PREVIA | O342 |     | X   | 4. |  |     |     |     |
| 2. | SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO                       | Z358 |     | X   | 5. |  |     |     |     |
| 3. |                                                              |      |     |     | 6. |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |                                                                                    |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                      |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 23/12/2024                            | 8.30:00         | IGNACIO                                                                            |  | MANRIQUE        |  | AVEIGA           |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA                                                                              |  |                 |  | SELLO            |  |
| 1308639879                            |                 |  |  |                 |  |                  |  |

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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |