

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	1317233607							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
TERAN	VALENCIA		NICOL		YUVIXI		F	02/11/2000	24	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN					
0998495692		NO											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO					
				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.					
				3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutive		X		
MANABI		TOSAGUA	TOSAGUA		5. Problemas de infraestructura.				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 DR. NAPOLEON DAVILA		C. EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

7MO CONTROL: PACIENTE EMBARAZADA DE 28.4 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM 20/01/2025 FPP: 27/10/2025 QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO, HISTORIA OBSTÉTRICA: G02 P02 PIG: 4 AÑOS. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE NAUSEA, POCO APETITO (5 COMIDAS) ORINA Y DEFECA NORMAL, LEVE DOLOR BAJO VIENTRE CUANDO CAMINA, NO LEUCORREA, NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADO VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. SCORE MAMA: 0, RO: ALTO. SE REVISA ECOGRAFIA OBSTETRICA 20/06/2025 CON EMBARAZO DE 21.5 SEMANAS, CON PARÁMETROS DE ANTROPOMETRIA FETAL DENTRO DE LO NORMAL ACORDE A LA EDAD GESTACIONAL, PRODUCTO DE SEXO INDETERMINADO.PRODUCTO EN POSICIÓN PODALICO.PARA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD. RO. 8 MUY ALTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

FCF 150 LATIDOS POR MINUTO

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO		Z358		X	4.			
2.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA		O342		X	5.			
3.	ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS		O321		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/08/08	10..00	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓNJUSTIFICADA	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	