

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |                   |                          |                                                                                                                                                           |                                  |      |                   |      |                         |   |   |                                     |  |
|---------------------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------|-------------------|------|-------------------------|---|---|-------------------------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |                  | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA                                                                                                                                                 | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |      | NÚMERO DE ARCHIVO |      |                         |   |   |                                     |  |
| MSP                                   |                  | 1407              | CS. CERRO VERDE          | A                                                                                                                                                         | 1311386302                       |      | 1311386302        |      |                         |   |   |                                     |  |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO |                   | PRIMER NOMBRE            |                                                                                                                                                           | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |                                     |  |
| ANCHUNDIA                             | PAZMIÑO          |                   | LEONELA                  |                                                                                                                                                           | ELIZABETH                        | M    | 04-05-1997        | 27   | H                       | D | M | A                                   |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                                                                                                                                                | DERIVACIÓN                       |      |                   |      |                         |   |   |                                     |  |
| 987245706                             |                  | NO TIENE          |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>         |      |                   |      |                         |   |   |                                     |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | MOTIVO            |                          |                                                                                                                                                           |                                  |      |                   |      |                         |   |   |                                     |  |
| PROVINCIA                             |                  | CANTÓN            | PARROQUIA                | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura. |                                  |      |                   |      |                         |   |   |                                     |  |
| MANABI                                |                  | TOSAGUA           | EL POLVAR                |                                                                                                                                                           |                                  |      |                   |      |                         |   |   | <input checked="" type="checkbox"/> |  |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                               |                  |              |
|-------------------------|-------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD      | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSP. NAPOLEÓN DÁVILA – CHONE | CONSULTA EXTERNA | GINECOLOGÍA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE RELEVANCIA, CON EL SIGUIENTE ANTECEDENTE GO: GP:3, C:2, A:1. AL MOMENTO EN CONDICIÓN CLÍNICA ESTABLE, MANIFIESTA PARIDAD SATISFECHA, DESEA REALIZARSE SALPINGECTOMÍA. REQUIERE CONTROL CON ESPECIALIDAD POR ENCONTRARSE EN ÚLTIMAS SEMANAS GESTACIONALES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ÚLTIMO REPORTE ECOGRÁFICO: CORDÓN UMBILICAL CON DOBLE CIRCULAR

GANANCIA INADECUADA DE PESO

E. DIAGNÓSTICO

|    | PRE- PRESUNTIVO                                                 | DEF- DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|-----------------------------------------------------------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. | SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION |                 | Z359 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2. | ESTERILIZACIÓN                                                  |                 | Z302 |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3. |                                                                 |                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 24/02/2025                            | 08:00:00     | ERICK         | HIDALGO         | PARRA            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1311649907                            |              |               |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                                           |    |  |    |  |                                             |    |  |    |  |
|-------------------------------------------|----|--|----|--|---------------------------------------------|----|--|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                    | SI |  | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA                      | SI |  | NO |  |
| CONTRAREFERENCIA <input type="checkbox"/> |    |  |    |  | REFERENCIA INVERSA <input type="checkbox"/> |    |  |    |  |

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 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           |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |