

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	1311416471	1311416471							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ALCIVAR	HIDALGO		BRENDA		YASMINA	F	24/02/1983	43	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO				
992293492		NO TIENE						1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA										
MANABI	ESTANCILLA	ESTANCILLA										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE SECUNDIGESTA DE 43 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU PRIMER CONTROL PRENATAL TARDÍO REFIERE QUE SE REALIZA CONTROLES CON MEDICO PARTICULAR, TRAE ECOGRAFÍA DEL SEGUNDO TRIMES TRE. FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN: 28/10/2026,FECHA PROBABLE PARTO: 04/08/2026, CURSA 29 SEMANAS NO CONFIABLE NO RECUERDA. EMBARAZO NO PLANIFICADO, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERS ONALES : NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES : NO REFIERE, GINECO- OBSTETRICO: GES TA:1, PARTO:1 PERIODO INTERGENES ICO: 23 AÑOS ALERGIAS : NO REFIERE, MENARQUIA: 12 AÑOS , INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES : 16 AÑOS , PAREJAS SEXUALES : 2, ES TADO CIVIL: UNIÓN LIBRE 15 AÑOS . DOMICILIO ACTUAL: SECTOR ES TANCILLA -TOSAGUA-MANABI. OCUPACIÓN: ADMINISTRATIVA. EN LA ACTUALIDAD REFIERE EDEMA DE MIEMBROS , BUEN APETITO (5 COMIDAS). ORINA Y DEFECA NORMAL. NO SANGRADOS , NO S ECRECIÓN, ANTECEDENTES : 3 (AÑOSA, PIG LARGO) FACTORES NUTRICIONALES :1 (S OBREPESO) PATOLOGÍA OBSTETRICA ACTUAL: 1 (ANEMIA) RIESGO OBSTETRICO ALTO. PUNTAJE: 5. GLOBULOSO COMPATIBLE CON EMBARAZO DE 29 SEMANAS, PRODUCTO VIVO PODALICO, FCF:143LPM, ALTURA UTERINA: 30 CM. MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

OTROS ANALIS IS : HB: 1-3, CÉLULAS DE EPITELIALES : 0-1, LEUCOCITOS : 2-4, HEMATIES : 0-2, BACTERIAS : + OTROS ANALIS IS : GLUCOS A: 83.29 MG/DL OTROS ANALIS IS : VHI: NO REACTIVO, HEPATITIS B: NEGATIVO, HEPATITIS C: NEGATIVO, VDRL: NEGATIVO.TORCH: NEGATIVO OTROS ANALIS IS : LEUCOCITOS : 13.85, HB: 10.6, HCTO: 30.9, PLAQUETAS : 294.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/05/2026	15:00	Katty	Cedeño	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1206699983				

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	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