

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1311782534									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
											H	D	M	A	
SAAVEDRA		AVELLAN		GEMA		ALEXANDRA		F	03/04/1993	31				X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN				MOTIVO				
0959244125 / 0968812346		Afiliado Seguro General Tiempo Completo		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.							6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. 10.- FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL															
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA											
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA											

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA.

Femenina de 31 años con HO: G1 P0 A0 C1 (2012). PIGLargo. APP: Obesidad. Actualmente con Gestación de 32 semanas por FUM: 22/01/2024 y Y 33 SG POR ECOGRAFIA con FPP: 20/10/2024 (En junio de presente año, la prueba de VIH de 4° generación salió indeterminada y se confirmó su negatividad en UAI de Poroviejo) Al Ex. Físico: Mucosas normocrómicas: AR: MV normal, ACV: RsCsRsS/TA: 110/70mmHg. MI sin edema: SCORE MAMÁ: 0 Ex. Obstétrico: MF+. AU: 33cm. FCF: 160LxM. P. Cefálica. Ex. Ginecológico: No explorado (x falta de insumos) niega sangrado o pérdida de líquidos... Se realiza I/C. Con Ginecología para evaluación de vía de parto por algunos factores de riesgo: APP: Obesidad, Cesárea anterior con PIGLargo >10 años, IVUs...

1	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO,	Z359		X	4			
2	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PR	O342		X	5			
3	OBESIDAD,	E660		X	6			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
03/09/2024	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1803403326	Firmado electrónicamente por: LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO		MEDICO FAMILIAR	

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO			DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO
------------------------	----	----	--	--	------------------------	----	--	----

--	--

--	--

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

[illegible]

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
		SELLO		