

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	CS. TOSAGUA	C	1311794315						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CHAVEZ	ZAMBRANO	MERCEDES	ROCÍO	F	22/09/1982	42	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0991405577 / 0998153337		MSP	X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO						
		2. Falta de espacio físico.								
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.						
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA	4. Equipos en mal estado.						
				5. Problemas de infraestructura.						
				6. Problemas de abastecimiento.						
				7. Insuficiencia de profesionales.						
				8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
				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 G. DE CHONE. " Dr. NAPOLEON DAVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MULTÍPARA DE 42 AÑOS CON APP: OBESIDAD G°III, APF: MADRE Y PADRE CON DM2 HO: G7 P6 A1. 5hijos vivos. MORTINATO EN AGOSTO DE 2023.

ACTUAL EMBARAZO NO PLANIFICADO CON FUM INCIERTA... ? ACTUALMENTE CON 22 SG POR ECOGRAFIA SEGUN BIOMETRIA FETAL. IMPRESIONA HIPOPLASIA DE HUESO NASAL?

PLACENTA POSTERIOR. CON BUENA VITALIDAD FETAL. FCF: 158LxM. (SE RECOMIENDA ECOGRAFIA ESTRUCTURAL / MORFOLÓGICA Y ECOCARDIOGRAFIA FETAL DE II TRIMESTRE

AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS. AR: MV NORMAL. ACV: RsCsRsS/S TA: 114/70mmHg. SCORE MAMA:0.

EX. GINECOLÓGICO: CERVIX POSTERIOR OCE CERRADO, LEUCORREA MODERADA... SE INDICA TRATAMIENTO Sx.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ACTUALMENTE CON 22 SG POR ECOGRAFIA SEGUN BIOMETRIA FETAL. IMPRESIONA HIPOPLASIA DE HUESO NASAL?

PLACENTA POSTERIOR. CON BUENA VITALIDAD FETAL. FCF: 158LxM.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	4 AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	O260		X
2 SUPERVISION DE EMBARAZO CON GRAN MULTIPARIDAD	Z354		X	5 HISTORIA PERSONAL DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DI	Z875		X
3 INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	O235	X		6 HALLAZGO ULTRASONICO ANORMAL EN EL EXAMEN PRENATA	O283	X	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
23/12/2024	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1803403326			MEDICO FAMILIAR	

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	