

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	
MONTES		FERRIN		MARIA BELEN		2	1	1992	NAM	M
						DIA MES AÑO		D.M.A. H/M		
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		DIRECCION DOMICILIO		Nº TELEFONICO			
ECUATORIANA	ECUADOR	1312023599	MANABI	CHONE	CHONE	EL VERGEL		0985835419		
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA		CONVENCIONAL/CELULAR		

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1312023599	CENTRO DE SALUD CHONE		C	13D07	
REFIERE O DERIVA A:						
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDO	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA		FECHA
				4	9	2024
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

Limitada capacidad resolutive	1 ☒	Saturación de capacidad instalada	4 ☐
Ausencia temporal del profesional	2 ☐	Otros/ Especifique	5 ☐
Falta de profesional	3 ☐		

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

.Paciente acude a control prenatal insuficiente, cursa con embarazo de 33.3 semanas por FUM: 6/01/2024, cesareada anterior 2 veces , al examen obstetrico altura uterina 35cc, FCF 138xm, feto único presentación cefálico, situación longitudinal, dorso izquierdo, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , proteína en orina negativo , Score mama 0, movimientos fetales presentes , no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso adecuada, trae exámenes de laboratorio incompletos, falta hepatitis b y paludismo, riesgo obstetrico alto, se refiere a segundo nivel.

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

RECuento DE GLOBULOS ROJOS 4.64 x10⁶ células / uL [3.8 - 5.1] -HEMOGLOBINA 12.69 g / dL [11.5 - 15] -HEMATOCRITO 36.60 % [35 - 56] CREATININA 0.54 mg / dL [0.5 - 1.1] COLESTEROL TOTAL * 236.00 mg / dL [0 - 200] TRIGLICERIDOS * 301.00 mg / dL [0 - 150]CITOMEGALOVIRUS- ANTICUERPOS IGM Negativo RUBEOLA- ANTICUERPOS IGM Negativo TOXOPLASMA- ANTICUERPOS IGM Negativo HERPES I y II IgM Negativo

5. DIAGNOSTICO

	CIE -10	PRE	DEF
1 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		
2			
3			

NOMBRE DEL PROFESIONAL: OBST.JANNINA AMBROSSI CÓDIGO MSP 0913042487 FIRMA

III CONTRAREFERNCIA:

1. DATOS INSTITUCIONALES 3 ☐ REFERENCIA INVERSA 4 ☐

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:							
ENTIDAD DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNOSTICO

	CIE -10	PRE	DEF
1			
2			

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA: CODIGO MSP FIRMA

7. REFERENCIA JUSTIFICADA	
---------------------------	--