

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	1312028341						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MUÑOZ	GARCIA	GENESIS	ADALGIZA	F	26/04/1994	30	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0978709071 / 0997869057		MSP	☒							
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		☒				
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☒				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 30 AÑOS CON APP DE OVARIO POLQUÍSTICO, OBESIDAD, MIGRAÑA, RAM: AINES Y PENICILINA, Sx. ANSIOSO DEPRESIVO. HO: G2 A2 P0 C0. (ABORTO 2023.)
AL MOMENTO CON GESTACIÓN DE 30 SEMANAS POR FUM: 21/0/4/2024. FPP: 26/01/2024. CON HIPEREMESIS EN EL PRIMER Y PARTE DEL SEGUNDO TRIMESTRE.
AL EX. FÍSICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS. AR: MV NORMAL. ACV: RsCSRs/s. TA: 110/70mmHg. MI SIN EDEMA SCORE MAMA:0.
Ex. OBSTÉTRICO: AU: 32CM. MF+: FCF:148LxM. AL RASTREO ECOGRÁFICO SE CONSTATA 30 SG POR BIOMETRIA FETAL.
EX. GINECOLÓGICO NO EXPLORADO... SE INDICA EX. DE LAB DE III TRIMESTRE Y REFERENCIA a II NIVEL POR FACTORES DE RIESGO...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SCORE MAMA:0

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO,	Z359		☒	4			☒
2 HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE	O210		☒	5			
3 OBESIDAD,	E669		☒	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
05/11/2024	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		