

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	1246	CS. TOSAGUA	C	1312028341	1312028341					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MUÑOZ	GARCÍA	GENESIS	ADALGIZA	F	26/04/1994	31	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO			
097870907 / 0997869057 / 0963358559		/	1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
			2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
			3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive					
			4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		X			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								
		5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
M.S.P	HOSPITAL DE CHONE. "Dr. NAPOLEÓN VÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

GESTANTE DE 31 AÑOS CON HO: G3 A2 P1 C0. **PIG CORTO <1 AÑO**, APP: OBESIDAD, APF: PADRES Y ABUELOS CON HTA Y DMII. ALERGIAS: PENICILINA Y AINES. FUM: INCIERTA...?

ACTUALMENTE CON 36 SG. POR ECO. AL EX. FÍSICO: OBESIDAD G°2 POR IMC: 35. MUCOSAS NORMOCROMICAS. AR: MV NORMAL, ACV: RsCsRsS/- TA: 110/60mmHg. MI SIN EDEMA, SCORE MAMA: 0

Ex. OBSTÉTRICO: AU: 38cm (signo de mas +) MF+. FCF: 150 L x MIT. Presentación. CEFÁLICA.? EX. GINECOLÓGICO NO EXPLORADO (NIEGA FLUJO).

Ex. DE I, II. Y III TRIMESTRE NORMALES PERO ESTA PENDIENTE LA PTOG, Y ECOGRAFIA DE III TRIMESTRE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Ex. OBSTÉTRICO: AU: 38cm (signo de mas +) MF+. FCF: 150 L x MIT. Presentación. CEFÁLICA.? EX. GINECOLÓGICO NO EXPLORADO (NIEGA FLUJO).

SE INDICA ECOGRAFIA DE III TRIMESTRE Y REFERENCIA A II NIVEL PARA VALORARA SU VIA DE PARTO Y POR NORMATIVAS PRENATALES...

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	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
04/12/2025	4:00:00 p. m.	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	TIPOLOGÍA	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		