MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	C. S TOSAGUA	TIPO C	1312079021	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
ACUÑA	MACIAS	ADRIANA	ISABEL	F	19/12/1984	40				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
0980545682	SI, GENERAL

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

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 [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 DR. NAPOLEON DAVILA	C. EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

TRIGESTA AÑOSA DE 40 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU TERCER CONTROL PRENATAL,FUM: 10/08/2025, ACTUALMENTE: EMBARAZO DE 15.4 SEMANAS DE GESTACIÓN, FPP 17/05/2026, AL MOMENTO REFIERE CONTINUA NAUSEAS Y VÓMITOS SIN OTRO SINTOMA, NIEGA SANGRADO TRASVAGINAL, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO, REFIERE DISURIA, REFIERE LEUCORREA AMARILLA, NO FÉTIDA POR LO QUE ACUDE POR LA EMERGENCIA DE H.BAHIA EN DONDE LE DAN TRATAMIENTO A BASE DE CLOTRIMAZOL EN ÓVULOS VAGINALES, EN ESPERA DE CULTIVOS ** PACIENTE MENCIONA QUE SE REALIZÓ EL DIA DE AYER, UROCULTIVO Y CULTIVO DE SECRESIÓN. ADEMAS CON TRATAMEINTO POR IVU RECIENTE. AMERITA VALORACIÓN POR ESPECILIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISIÓN DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	4.				
2.	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	O235		X	5.				
3.	INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	O234		X	6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/11/27	16:00			

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
	Firmado electrónicamente por: YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO Validar únicamente con FirmaEC	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÒN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÒNJUSTIFICADA	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