

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	1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1312112970						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDENO	VARGAS	GEMA	MONSERRATE	F	15/10/1993	30	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO					
985891523	MSP		X		6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	8. Inadecuada capacidad resolutive							
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	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 NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOBSTETRICIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO JOVEN CON APG: G:2 P:0 C:2 A:0 FUM SE DESCONOCE. EMBARAZO DE 25.6 SEMANAS POR ECO INTERMEDIA. MUY ALTO RIESGO OBSTETRICO POR: 2 CESAREAS ANTERIORES, PREECLAMPSIA, SOBREPESO, PERIODO INTERGENESICO LARGO, HIJO NACIDO CON MACROSOMIA. POR TAL RAZON TTO CON ASA 100 MG AL ACOSTARSE, CALCIO 500 MG CON EL ALMUERZO. PREVENCION DE ANEMIA CON HIERRO 1 TABLETA 10 AM. PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE, LACTANCIA, PLANIFICACION FAMILIAR. EXAMEN FISICO: RSCS RITMICOS Y NORMOFONETICOS, CSPS CLAROS Y VENTILADOS. ABDOMEN PROMINENTE, ALTURA UTERINA 33 CM, PRODUCTO PODALICO, DORSO IZQUIERDO. FCF 140 A 150 XM , ACTIVIDAD UTERINA NEGATIVA. EXTREMIDADES NO EDEMA. BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO VALORACION Y TRATAMIENTO POR ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SEROLOGIA SUBIDA A LA PREVENCION COMBINADA.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDO A CIRUGIA PREVIA	O342		X	4.			
2.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO DE 25.6 SEMANAS	Z358		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/09/2024	16:04:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1308639879				

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		