

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					
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	131223280	131223280					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BURGOS	ZAMBRANO	MARIA	BELEN	F	27/12/1995	29	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0979089237//0978651096		MSP								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.	X 7. Insuficiencia de profesionales.		X				
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	3. Falta de equipamiento.	8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
			4. Equipos en mal estado.	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
			5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONUSLTA EXTERNA	GNECOLOGIA

PACIENTE MULTIGESTA DE 29 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU CUARTO CONTROL PRENATAL A EL MOMENTO CURSA EMBARAZO DE 28.1 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: 25/03/2025 FECHA PROBABLE PARTO: 3/12/2025, CONFIABLE, HISTORIA OBSTETRICA: G:3, A:01, C02. REFIERE EL DIA DE HOY SENTISE BIEN, NIEGA DOLOR BAJO VIENTE, NIEGA PERDIDAS VAGINALES DE LIQUIDO MOCO O SANGRE, PERO REFIERE PRESENTAR LEUCORRE COLOR AMARILLA, FETIDA , NO PRURIGINOSA, NOFIEBRE, NO RASH, NO CONJUNTIVITIS. AL EXAMEN FISICO Abdomen: globuloso a la palpacion, Se observa un abdomen globuloso, con altura uterina de 29 cm, correspondiente. Presenta presentación cefelico dorsal _derecho _; los movimientos fetales (FC) son activos, con frecuencia de 139 latidos por minuto, y actividad uterina negativa , CUELLO UTERINO CERRADO, POSTERIOR. La paciente se encuentra en buen estado general, embarazo DE BAJO RIESGO OBTETRICO (ABTECEDENTES : CESAREA ANTERIOR , PERIODO INTERGENISICAO DE 5 AÑOS, ABORTO) . • Estado de conciencia: Glasgow 15/15_ . • Signos vitales: PA 95/55mm Hg, FC 84 lpm, FR _19 rpm, SAT _98_%, temperatura 36,5_°C. PROTEINA- SCORE MAMA :0 • Riesgo obstétrico: 3 BAJO RIESGO • Estado nutricional: Ganancia de peso Inadecuada para el IMC preconcepcional

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

GLOBULOS BLANCOS 6.89 LINFOCITOS 1.94 MIONICOTS 0.54NEUTROFILOS 4.41 RBC 3.74 HGB 11.3 HCT 34 PLAQUETAS 284 Hepatitis B (HBsAg) Negativo Hepatitis C (HCV) Negativ: 2025-10-06 9:53AM Validado por: Lcda. María Viviana Vélez SEROLOGIA HIV 1 + 2 Antígeno P24 No reactivo Método: I VDRL No reactivo Método: Aglutinación EMBARAZO DE 21 SEMANAS DE GESTACION, CEFALICO, LA: 155LPM, PLACENTA POSTERIOR GRADO 0, ILA: 15CM, LA: NORMAL, PESO: 416GR, HN: 5MM. FPP: 01/01/2026

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X				
2.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	Z348		X				
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
08/10/2025		KATTY	CEDEÑO	RODRIGUEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1206699983			DISTRITO DE SALUD 13D12 OBS. KATTY CEDEÑO RODRIGUEZ OBSTETRA	

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		CIE	PRE	DEF
1.							
2.							
3.							

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	