

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                                   | 4443             | ROCAFUERTE               | B              | 1312431958                       | 1312431958                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| MERO                                  | RIOS             | KATTY                    | ROSARIO        | F                                | 03/10/1987                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 37   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | TIPO DE COBERTURA        | REFERENCIA     | DERIVACIÓN                       | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                         |   |   |   |
| 0964163105 /                          |                  | MSP                      |                |                                  | <div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>1. Accesibilidad geográfica.</div><div>2. Falta de espacio físico.</div><div>3. Falta de equipamiento.</div><div>4. Equipos en mal estado.</div><div>5. Problemas de infraestructura.</div></div><div><div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>6. Problemas de abastecimiento.</div><div>7. Insuficiencia de profesionales.</div><div>8. Inadecuada capacidad resolutive</div><div>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</div></div></div></div></div> |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |                          |                |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                |                |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                | ROCAFUERTE       | ROCAFUERTE               |                |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |              |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | GINECOLOGIA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTA MEDIA ACUDE PARA CONTROL DE EMBARAZO DE BAJO RIESGO OBSTERICO 3 PUNTOS

POR EDAD 37 AÑOS (1), ABORTO (1), SOBREPESO (1) ENFEREMEDAD ACTUAL USUARIA DE 37 AÑOS, CURSA EMBARAZO DE 33.4 SEMANAS DE GESTACIÓN

POR FUM, ACUDE AL CONTROL PRENATAL, AL MOMENTO ESTABLE ASINTOMATICA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACION ESPECIALIZADA

ECOGRAFIA (17/10/2024) UTERO GRAVIDO, TEXTURA HOMOGENEA, SIN QUISTES NI MASAS, BORDES REGULARES, BIOMETRIA FETAL DBP 33 MM, CC 117 MM, AC 106 MM, LF 21 MM, ASPECTO BIOSIFISICO NORMAL CON SUS MIEMBROS SUPERIORES E INFEIORES OJOS, NARIZ BOCA, ESTOMAGO, VEJIGA, CON BUENA VITALIDAD, Y MOVIMIENTOS NORMALES, POSICION FETAL CEFALICO, PESO FETAL 153 GR, PLACENTEA INSERCIION ANTERIO G0, CORDON UMBILICAL CIRCULAR SIMPLE DEL CORDON LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL, ACTIVIDAD CARDIACA POSITIVA, FCF 143 LXM, SEXO INDETERMINADO, FPP 02/04/2025, IG EMBARAZO DE 16,1 SEMANAS DE GESTACION

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |                                        |      |     |   |    |     |     |     |
|------------------------------------|----------------------------------------|------|-----|---|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE                                    | PRE  | DEF |   |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.                                 | SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO | Z359 |     | X | 4. |     |     |     |
| 2.                                 |                                        |      |     |   | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |                                        |      |     |   | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 06/02/25                              | 10:15:00        | MELISSA       | GARCIA          | GARCIA           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |                  |
| 1307569986                            |                 |               |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                                                                                       |    |    |  |                        |    |    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|----|--|------------------------|----|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                                                                | SI | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |  |
| CONTRAREFERENCIA <input type="checkbox"/> REFERENCIA INVERSA <input type="checkbox"/> |    |    |  |                        |    |    |  |

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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |