

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	CS. TOSAGUA	C	1312623778						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SOLORZANO	MACAY	CARLA	LORENA	F	21/11/1988	36	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0961696347 / 0985121608	Fuera del Tiempo	X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.							
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA	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 resolutive				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 DE CHONE "Dr. NAPOLEON DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA.

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 36 AÑOS CON HO: G2 A0 P0 C1 DE EMERGENCIA (2012) ACTUALMENTE CON GESTACIÓN DE 29. 2 SG POR FUM: 30/06/2024 Y FPP: 06/04/2025.

REFIERE ESTAR TOMANDO ALFA METILDOPA DE 250MG BID, ASA Y C.CALCIO. INDICADO POR MÉDICO PARTICULAR POR CIFRAS ELEVADAS DE TA... APF; DE PREECLAMSI.

AL MOMENTO EN EsCsG., REFIERE QUE LA SEMANA ANTERIOR ESTUVO EN EMERGENCIA POR UNA IVU Y LE INDICARON FOSFOMICINA Y OVULOS...

AL EX. FÍSICO: MUCOSAS HIPOCROMICAS. AR: MV NORMAL ACV: RsCSRSS/S TA: 130/80mmHg. MI SIN EDEMA. SCORE MAMA:1.

EX. OBSTETRICO: SE OBSERVA CICATRIZ MEDIA INFRAUMBILICAL... AU: 30CM. MF+. FCF: 148LxM. EX. GINECOLÓGICO NO EXPLORADO.(NIEGA FLUJO)

AL RASTREO ECOGRAFICO SE CONSTATA GESTACIÓN DE 30 SEMANAS POR BIOMETRIA FETAL Y 1541gr, PRESENTACIÓN CEFÁLICA. PLACENTA POSTERIOR DE INSERCIÓN BAJA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL RASTREO ECOGRAFICO SE CONSTATA GESTACIÓN DE 30 SEMANAS POR BIOMETRIA FETAL Y 1541gr, PRESENTACIÓN CEFÁLICA. PLACENTA POSTERIOR DE INSERCIÓN BAJA.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1	HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA	O16X	X	4	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358	X
2	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA P	O342	X	5	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	O235	X
3	PLACENTA PREVIA CON ESPECIFICACION DE QUE NO HUBO HEMO	O440	X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/01/2025	12.00	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	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		