

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         | 1312823527                       |      |                                                         |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO |                   | PRIMER NOMBRE            |            | SEGUNDO NOMBRE |                                  | SEXO | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| QUIJJE                                | RIOS             |                   | MARIA                    |            | ALEXANDRA      |                                  | F    | 02/12/1988                                              | 36   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA | X              | DERIVACIÓN                       |      | MOTIVO                                                  |      |                         |   |   |   |
| 0991875748                            |                  | SI                |                          |            |                |                                  |      | 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                                                       |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                   |                          |            |                |                                  |      | 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

TERCER CONTROL: PACIENTE EMBARAZADA DE 22.4 SEMANAS DE GESTACION POR FUM (11/07/2024) QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO, FPP 17/04/2025, HISTORIA OBSTETRICA: E:1, P: 1 (CESAREA 2013), A: 0. APP DE OBESIDAD, EMBARAZO GEMELAR, ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE MUY BIEN , BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADO TRASNVAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. VACUNACION . SCORE MAMA: 0....FETO 1TRASNVERSO DORSO IZQUIERDO, PESO 537 GRAMOIS, BIOMETRIA FETAL DE 22SEMANAS, FETO 2 TRASNVERSO DORSO DERECHO, PESO 557 GRAMOS BIOMETRIA FETAL DE 22 SEMANAS, PLACENTA POSTERIOR Y FUNDICA GRADO I, LIQUIDO AMNIOTICO HOMAGENEO, MONOCORIAL, MONOAMNIOTICO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

FCF 1. 153 LATIDOS POR MINUTO FCF 2. 150 LATIDOS POR MINUTO

FETO 1TRASNVERSO DORSO IZQUIERDO, PESO 537 GRAMOIS, BIOMETRIA FETAL DE 22SEMANAS, FETO 2 TRASNVERSO DORSO DERECHO, PESO 557 GRAMOS BIOMETRIA FETAL DE 22 SEMANAS, PLACENTA POSTERIOR Y FUNDICA GRADO I, LIQUIDO AMNIOTICO HOMAGENEO, MONOCORIAL, MONOAMNIOTICO.

E. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO                                               | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|-----------------|---------------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.              | EMBARAZO DOBLE                                                | O300 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.              | ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA | O342 |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3.              |                                                               |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                                                                                     |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO                                                                     | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024/12/16                            | 10..00       | Yolanda       | Cedeño                                                                              | Cedeño           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         | SELLO                                                                               |                  |
| 1311762940                            |              |               | ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA<br>REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952 |                  |

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

|                       |    |  |    |  |                       |    |  |    |  |
|-----------------------|----|--|----|--|-----------------------|----|--|----|--|
| REFERENCIAJUSTIFICADA | SI |  | NO |  | DERIVACIÓNJUSTIFICADA | 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           |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |