

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		1248	CENTRO DE SALUD CHONE		C	1312905027		----											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
RODRIGUEZ		OCHOA		ANGELICA		MARIA		M	1/9/1992	32	H	D	M	A					
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN												
0995412566					MOTIVO														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					6. Problemas de abastecimiento.														
					7. Insuficiencia de profesionales.														
PROVINCIA					CANTON					DIRECCION					8. Inadecuada capacidad resolutive				
MANABI					CHONE					CALLE 7 DE AGOSTO					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
					1. Accesibilidad geográfica.														
					2. Falta de espacio físico.														
					3. Falta de equipamiento.														
					4. Equipos en mal estado.														
					5. Problemas de infraestructura.														

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 32 AÑOS CURSA EMBARAZO DE 32SG POR FUM CON SCORE MAMA: 1 RIESGO ALTO POR CIRUGIA UTERINA PREVIA HACE 1AÑO 5 MESES (MIOMATOSIS UTERINA), CURSA HIPERTENSION GESTACIONAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO, MANEJADA CON ALDOMET 500MG C/8 AL MOMENTO REFIERE CEFALEA EDEMA, MALESTAR GENERAL, POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VIH: NO REACTIVO
VDRL: NO REACTIVO
PROTEINA EN TIRILLA REACTIVA: ++
TGO: 13
TGP: 11
CREATINITA: 0,5
HB: 11,1
HCT: 33,4
PLT: 201

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	HIPERTENSION GESTACIONAL [INDUCIDA POR EL EMBARAZO]			O13X	X		4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	NOMBRES		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
29/10/2024	11:00:00	MONICA		REVELO	PUETATE
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			
1004332365					

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.			
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