

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					
MSP	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1313135871	1313135871					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MERO	INTRIAGO	GÉNESIS	STEFANIA	F	11/09/1993	32	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	MOTIVO				
963151388		NO TIENE	1. Accesibilidad geográfica. 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 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			X	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABI	TOSAGUA	SAN AGUSTIN								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

TERCIGESTA DE 32 AÑOS DE EDAD ACUDE CONTROL PRENATAL CURSA EMBARAZO DE 35.4 SEMANAS POR FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN: 21/06/2025. FECHA PROBABLE PARTO: 28/03/2026, EMBARAZO NO PLANIFICADO, ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE CEFALEAS AVECES, BUEN APETITO (3 COMIDAS), ORINA Y DEFECA POCA DIFICULTAD, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE, NO LEUCORREA , NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : ALTO PUNTAJE : 4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: HTA ABUELA, AGO: GESTA:02, PARTO:01,CESÁREA: 01. ALERGIAS: NO REFIERE. AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA:37 CM FREC. CARDÍACA FETAL: 159 LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACIÓN: CEFÁLICO PROTEINURIA (NO HAY EN LA UNIDAD), MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA NO REFIERE SANGRADO TRANSVAGINAL, SCORE MAMA: 0

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

2026-02-20 ULTRASONIDO: PRODUCTO ÚNICO VIVO CEFÁLICO DORSAL IZQUIERDO, BPD:86MM= 34.6 SEMANAS, CC: 311MM= 34.6 SEMANAS, AC:310MM= 35.0 SEMANAS, FL: 67MM=34.6 SEMANAS, SEXO: FEMENINO, CORAZÓN CÁMARAS, CORDÓN UMBILICAL NORMAL, PLACENTA POSTERIOR MADURACION GRADO II/III, TONO FETAL NORMAL, FCF: 148LPM, LA:NORMAL ILA:17.05CM, HN: VISTO DE 10.7MM, EMBARAZO DE 34.6 SEMANAS, FPP:28/03/2026.PESO: 2547 GRAMOS. 2026-02-11 OTROS ANALISIS Hepatitis B (HBsAg) Negativo Hepatitis C (HCV) Negativo Serología HIV 1 + 2 Antígeno P24 No reactivo Sífilis Totales Negativo.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	4.			
2.	INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	O234		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
24/02/2026	12:00	Katty	Cedeño	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1206699983				

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		