

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE													COORDINACIÓN ZONAL 4			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP		1343	CENTRO SALUD SAN ELOY		A	1313167056			1313167056							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
SOLORZANO		RODRIGUEZ		DIANA		ELIZABETH		F	13/6/1990	34	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA	DERIVACIÓN										
981229607		NO				X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO											
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA												
MANABÍ		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE												

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

PACIENTE DE 34 AÑOS CON EMBARAZO E 30 SG APP: IMC INICIA SOBREPESO CALCULO RENALES AOX: NO REFIERE APF: NO REFIERE AGO: G:4 A1 P3 C: 0; PIG 10 AÑOS FUM: 21/07/2024 FPP: 27/04/2025. ALTO 4 PUNTOS(4 GESTA: 1 PUNTO, ABORTO : 1 PUNTO, PERIODO INTERGENESICO 1 PUNTO, SOBREPESO 1 PUNTO) SCORE MAMA 0, PROTEINAS EN TIRAS NEGATIVA, ALERTA ORIENTADA, NO FIEBRE, NO SANGRADO,NO FLUJO VAGINAL TIPO DE SANGRE O +.
FECHA EXAMEN : 30/01/2025 REPORTA HEMOGLOBINA 11.5 g%, HEMATOCRITO 35.4 % PLAQUETAS 279 TSH: PENDIENTE , GLUCOSA 84 ML, COLESTEROL: 216 TRIGLICERIDO:374,TORCH IG M: NEGATIVO, VDRL NEGATIVO VIH NEGATIVO CHAGAS NO REACTIVO HEPATITIS B Y C NEGATIVO, TSH PENDIENTE

ECO 06/2/2025: ASPECTO BIOFISICO NORMAL, POSICION CEFALICO, PESO. 1253 GR, SIN CIRCULAR, FCF: 145 ILA: NORMAL, FFP: 25/04/2028

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION			Z359		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/3/2025	10:00	ELVA	TEJENA	LOOR
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1311746802				

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	