

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	1313407411						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO	NAPA	GLENDY	BIRMANIA	F	22/07/1996	29	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐				
0979864470 / 0993649457					MOTIVO					
		1. Accesibilidad geográfica.		☐	6. Problemas de abastecimiento.		☐			
		2. Falta de espacio físico.		☐	7. Insuficiencia de profesionales.		☐			
		3. Falta de equipamiento.		☐	8. Inadecuada capacidad resolutive		☒			
		4. Equipos en mal estado.		☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐			
		5. Problemas de infraestructura.		☐			☐			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 29 AÑOS CON HO: G2 A0 C0 P1. ACTULMENTE CON GESTACIÓN DE 38 SEMANS POR FUM 25/03/2025. y FPP: 30/12/2025.
36 SG POR ECOGRAFIA TEMPRANA CON APP DE POLIPO ENDOCERVICAL CON COLPOSCOPIA POSITIVA PARA SHILLER.
AL MOMENTO EN EScs Gs, AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS AR: MV NORMAL ACV: RsCsrs/S.- TA: 120/70mmHg MI SIN EDEMA. SCORE MAMA: 0
AL AL EX. OBSTÉTRICO: PRESENTACIÓN CEFÁLICA, CON FCF: 155LATIDOS POR MINUTO. Ex. GINECOLÓGICO: NO EXPLORADO (NIEGA FLUJO)
SE REALIZA REFERENCIA A II NIVEL PARA PARTO INSTITUCIONALIZADO. REFIERE PARIDAD SATISFECHA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL AL EX. OBSTÉTRICO: PRESENTACIÓN CEFÁLICA, CON FCF: 155 LATIDOS POR MINUTO. Ex. GINECOLÓGICO: NO EXPLORADO (NIEGA FLUJO)

E. DIAGNÓSTICOS	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 DISPLASIA CERVICAL MODERADA	N871	X		4	CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCE	Z300	X
2 POLIPO DEL CUELLO DEL UTERO	N841		X	5			
3 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/12/2025	4:00:00 p. m.	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		