

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	1313548628	1313548628					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BASURTO	SABANDO	MARÍA	AUXILIADORA	F	15/04/1996	29	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0989756190 / 0991202460			X							
			MOTIVO							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								
		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.				
		2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.				
		3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive		X		
		4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
		5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
M.S.P	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 29 AÑOS CON HO: G3 P0 A0 C2 ... ACTUALMENTE CON 34 SG POR FUM (18/03/2025) , FPP 23/12/2025 Y 35 POR ECOGRAFÍA. APF: HERMANA CON PRE-ECLAMSI. APP SOBREPESO AL MOMENTO CON BEG. MUCOSAS NORMOCROMICAS. AR: MV NORMAL, ACV: RScRsS/- MI SIN EDEMA. SCORE MAMA: 0.

Ex. OBSTETRICO: AU: 34cm. MF+. FCF: 130 Lat. x MINUTO. PRESENCTACIÓN CEFÁLICA. Ex. GINECOLOGICO NO EXPLORADO.

EX. DE LAB DE III TRIMESTRE NORMALES EXCEPTO EL UROANALISIS: LUEOCITOS 10-20 x CAMPO. HEMATIES: 5 x CAMPO... RESTO NADA PATOLOGICO A SEÑALAR...

SE REALIZA REFERENCIA A II NIVEL POR 2 CESAREAS ANTERIORES Y POR PARIDAD SATISFECHA. LA PTE. SOLICITA SE LE PROGRAME CESAREA Y SALPINGECTOMÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Ex. OBSTETRICO: AU: 34cm. MF+. FCF: 130 Lat. x MINUTO. PRESENCTACIÓN CEFÁLICA. Ex. GINECOLOGICO NO EXPLORADO.

SCORE MAMÁ: 0.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA P	O342		X	4. CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCE	Z300		X
2. INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EM	O234		X	5. ESTERILIZACION (QUIRURGICA)	Z302	X	
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
20/11/2025	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		