

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1114	HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES	B	1313588954						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
FLORES	TRIVIÑO		RAQUEL		M	28/02/1988	36	H	D	M	A
											X
0969990122			REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.				
PROVINCIA	CANTÓN		2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.				
MANABI	ROCAFUERTE		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.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIJO	CONSULTA EXTERNA	HEMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

AGO: G2 P: 0 HV: 0 A: 1 C: 0

CUADRO CLÍNICO:

PACIENTE QUE CURSO HOSPITALIZACION POR DIAGNOSTICO DE AMENAZA DE ABORTO, PACIENTE QUE MANEJA NIVELES DE PLAQUETAS DE 70 A 100, SIN TRATAMIENTO NI DETERMINACION DE CAUSA.

PACIENTE QUE MENCIONA CONTROLES DE EMBARAZO DE 1 SEMANAS EN CENTRO DE SALUD, REFIERE PERDIDAS VAGINALES SANGUINOLENTAS ESCASAS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS VITALES: FC: 71SPO2: 96%FR: 22T°: 35.4 PA: 120/80

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.	DEFECTOS CUALITATIVOS DE LAS PLAQUETAS	D691		X	5.					
3.	SUPERVISION DE PRIMIGESTA ANOSA	Z355		X	6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/02/27	10:00	ELEANA	VASQUEZ	SOLORIZANO
CEDULA	FIRMA		SELLO	
1310630817				

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	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1411	HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES			

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	