

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                                   |  | 1270              | CS. TOSAGUA              |                              | A         | 1313601286                                              |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| CEDEÑO                                |  | GARCIA            |                          | LOURDES                      |           | CLEMENCIA                                               |  | F                 | 18/03/1990       | 34   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                   |           | DERIVACIÓN                                              |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| 9847600582                            |  |                   |                          | X                            |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                   |                          | 1. Accesibilidad geográfica. |           | MOTIVO                                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            |                          | PARROQUIA                    |           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                |  | TOSAGUA           |                          | TOSAGUA                      |           | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          |                              |           | 8. Inadecuada capacidad resolutiva                      |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          |                              |           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |  | X                 |                  |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                          |  |                  |  |              |  |
|-------------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|--------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD |  |
| MSP                     |  | NAPOLEON DAVILA          |  | CONSULTA EXTERNA |  | GINECOLOGÍA  |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MULTIGESTA DE 34 AÑOS CON TG 30.2 SEMANAS POR FUM 23/03/2024 ACUDE A CONSULTA POR CONTROL MEDICO , EN ESTE MOMENTO REFIERE SENTIRSE BIEN , BUEN ESTADO GENERAL, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE NO CONTRACCIONES UTERINAS SE ENVIA A GINECOLOGIA PARA SU REVALORACION Y PLANIFICACION DE PARTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |                                              |      |     |     |    |  |  |  |     |     |     |  |
|------------------------------------|----------------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|--|-----|-----|-----|--|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO |                                              | CIE  | PRE | DEF |    |  |  |  | CIE | PRE | DEF |  |
| 1.                                 | ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA PREVIA | O342 |     | X   | 4. |  |  |  |     |     |     |  |
| 2.                                 |                                              |      |     |     | 5. |  |  |  |     |     |     |  |
| 3.                                 |                                              |      |     |     | 6. |  |  |  |     |     |     |  |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |                                                                                     |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(Hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                       |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 02/10/2024                            | 13:00:00        | ORLANDO                                                                             |  | ALVAREZ         |  | VARGAS           |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA                                                                               |  |                 |  | SELLO            |  |
| 803149673                             |                 |  |  |                 |  |                  |  |

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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(Hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |