

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	1313624148	1313624148						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
BAILON	LUCAS	JUANA	ELIZABETH	F	18/06/1998	27	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
0994845857 / 0982502667				MOTIVO							
/		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.						
		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA	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"	EMERGENCIA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 27 AÑOS CON HO: G2 A1 P0 CO. DE ARO POR TALLA BAJA Y POSIBLE DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA...? AL MOMENTO CON 26 SG POR FUM: 13/06/26. Y FPP: 20/03/2026.

AL MOMENTO EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES, MANTIENE SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS. AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS AR: MV NORMAL. ACV:RsCsRs/S.-

TA: 150/90mmHg. MI SIN EDEMA. SCORE MAMA: (4.)

Ex.- OBSTETRICO: AU:30cm MF+ FCF: 162 LAT x MINUTO. POR ELLO SE INDICA ALFA METILDOPA DE 250MG CADA 12HORAS ...

PERO REFIERE QUE NO LAS HA PODIDO CONSEGUIR Y POR ELLO SE LE INDICA NIFEDIPINO DE 10MG CADA 8 HORAS SE I/C.- CON GINECOLOGIA EN II NIVEL.

TAMBIEN SE ENVIA EX. DE LAB. DE TERCER TRIMESTRE, ECOGRAFIA Y UROCULTIVO...PARA POSTERIOR RE-EVALUACIÓN.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TA: 150/90mmHg. MI SIN EDEMA. SCORE MAMA: (4.)

E. DIAGNÓSTICOS	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE-10	PRE	DEF
1.HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA	O16X		X	4.ATENCION MATERNA POR DESPROPORCION DEBIDA A ESTRECH	O331	X
2.PREECLAMPSIA LEVE A MODERADA	O140	X		5.ATENCION MATERNA POR PROBLEMAS FETALES NO ESPECIFIC	O369	X
3.INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	O235	X		6.SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358	X

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14/01/2026	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		