

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	1313625517		1313625517						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ALVARADO		CHAVEZ		MARIA		JACKELINE		F	19/03/2001	23	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
0968264493 - 0939050873		Afiliado Seguro Campesino		1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA		X		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 MIGUEL H. ALCIVAR		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

EMBARAZADA DE 31.6 SEMANAS DE GESTACION, SE CORRIGE FUM POR ECO (29/03/2024), FPP 03/01/2025, HISTORIA OBSTETRICA: E:3, P: 2(UN VAGINAL 2017, CESAREA 16/02/2022 POR PARTO PROLONGADO), A: 1(GEMELAR 16/04/2016). SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION DE VIA DE PARTO.

NOS REFIERE MATERNIDAD SATISFECHA, POR LO QUE SOLICITA ESTERILIZACION. SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA.

RO: 6 ALTO (CONTROL PRENATAL ANTECEDENTES: ABORTO 1 PTO, HERMANA PRECLAMPSIA 2 PTOS ;FACTORES NUTRICIONALES: OBESIDAD 3 PTOS. ;

LABORATORIO: 29/10/2024 Lcd/a: VIVIANA VELEZ Hb: 12.7g/dl, Hcto: 38.1%, Hematies: 4.69 x10¹²/L, Plaquetas: 213 mmc, Leucocitos: 9.53 mmc. (Lin 25.9, Seg 65.4, Mon 6.6, Eos 2.0, Bas 0.1), VIH 1+2 Ag P24: NO REACTIVO, SIFILIS TOTALES: Negtivo, Toxoplasma IgM: Negativo, Rubeola IgM: Negativo, Citomegalovirus IgM: Negativo, Herpes I/II IgM: Negativo, UROANALISIS: PROTEÍNA: Negativo, GLUCOSA: Negativo. Leu 5-10 xc; Cel Epit: algunas; MOCO: escasas ; Cristales: URATOS AMORFOS: CAMPO LLENO

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	4.			
2.	ESTERILIZACION	Z302		X	5.			
3.	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	E660		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
07/11/2024	10.30 am	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINLAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	