

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	1313669754		1313669754						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
GUADAMUD		VALENCIA		JESSICA		MARIA		F	03/03/1991	35	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
0988417974 - 0989029534		SIN COBERTURA		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				8. Inadecuada capacidad resolutive.						
								9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				3. Falta de equipamiento.										
				4. Equipos en mal estado.										
				5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

EMBARAZADA DE 28 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM (07/01/2026) QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO, FPP 14/10/2026, HISTORIA OBSTÉTRICA: E:3, P: 3 (1 VAGINAL 2010, 2 CESÁREAS SECUNDARIO A OLIGOHIDRAMNIOS 2017 (FALLECIÓ AL NACER) Y 2018, A: 0. APP: SOBREPESO. POCA GANACIA DE PESO (3.85 Kg INSUFICIENTE), REFIERE MATERNIDAD SATISFECHA POR LO QUE SOLICITA ESTERILIZACIÓN, NIEGA SINTOMAS, BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRAMIENTO VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. VACUNACIÓN CONTRA TÉTANOS OK.. SCORE MAMA: 0 RO: 4 PTOS ALTO (CONTROL PRENATAL ANTECEDENTES: 3 PTOS TRES O MAS FACTORES (35-39a, MORTINATO, PIG MAYOR 5a); FACTORES NUTRICIONALES: 1 PTO SOBREPESO). SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION GINECOLOGICA. *** 0988417974 - 0989029534 ***

ÚTERO GRÁVIDO, AU: 27cm, POSICIÓN TRANSVERSO, FCF: 138 LPM.

SANGRE: COMPONENTES SANGUÍNEOS: Glóbulos Rojos 3.74 10^6/µL, Hemoglobina 11.3 g/dl, Hematocrito 34.0 %, Volumen Corpuscular Medio (VCM) 86 µm³, Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 32.4 pg, Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 352 g/dl, Plaquetas 250 10³/µL, Glóbulos Blancos 7.61 10³/µL, Linfocitos 29.4 %, Neutrófilos 62.6 %, Monocitos 8.0 %, GLUCOSA: Glicemia: 88 mg/dl, Colesterol 242 mg/dl, TAG: 230 mg/dl, EMO : UROANALISIS: Pio 1-3 xc/, Ert: 1- 3xc/., Cel Epit: algunas; Bacterias: ESCASAS; Filamento mucosos: escasas ; CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA: UROCULTIVO: GERMEN AISLADO: COCOS GRAM POSITIVOS ESCASOS, SIN CRECIMIENTO BACTERIANO DESPUÉS DE 24 -48-72 HORAS.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
28/07/2026	3.56 pm	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINCAY	
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 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	