

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	1313689778						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VÉLEZ	BARREZUETA	MILY	NICOLE	F	12/03/2003	21	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO					
0986335748 / 0994211926	Afiliado Seguro Campesino	☒			1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura. 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DAVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 21 AÑOS CON HO: G2 P0 A0 **C2** (23/08/2023) **PIG CORTO < 2 AÑOS**. AL MOMENTO CON 29 SG POR FUM: 08 /06/2024 Y FPP: 10/03/2025. Y 30 POR ECOGRAFIA TEMPRANA CON APP DE HIPEREMESIS GRAVIDICA. AL EX. FISICO: BEG, MUCOSAS LIGERAMENTE HIPOCROMICAS. AR: MV NORMAL. ACV: RsCsRsS/S TA: 110/70mmHg. SCORE MAMA: 0 EX. OBSTETRICO: AU:30CM. MF+. AL RASTREO ECOGRAFICO PRESENTACIÓN CEFÁLICA, CON BUENA VITALIDAD FETAL x FCF: 154LxM CON 31 SG POR BIOMETRIA FETAL, DBP:7.8cm. CC: 29cm. CA: 27.3cm. LF: 5.5CM. PLACENTA FÚNDICA POSTERIOR, G° I/II. PESO FETAL: 1800gr. EX. GINECOLÓGICO NO EXPLORADO SE INDICA EX. DE LAB. E III TRIMESTRE. ASÍ COMO REFERENCIA A II NIVEL. PARA REALIZAR ECOCARDIOGRAFIA Y DOPPLER FETAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EX. OBSTETRICO: AU:30CM. MF+. AL RASTREO ECOGRAFICO PRESENTACIÓN CEFÁLICA, CON BUENA VITALIDAD FETAL x FCF: 154LxM Y 31 SG POR BIOMETRIA FETAL PENDIENTE ECOCARDIOGRAFIA Y DOPPLER FETAL Y PLANIFICACIÓN DE CESÁREA EN II O III NIVEL. POR ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. ATENCIÓN MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA P	O342		X	4. CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCE	Z3007		X
2. SUPERVISION DE OTRO EMBARAZO DE ALTO RIESGO,	Z358		X	5.	7202		
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/12/2024	12.00	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		