

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	1313796839		1313796839					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LOOR		ZAMBRANO		LILIANA		BEATRIZ	F	30/12/1988	36	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0959899118 - 0993788750		IESS CAMPESINO		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.				
				2. Falta de espacio físico.					7. Insuficiencia de profesionales.				
				3. Falta de equipamiento.		X			8. Inadecuada capacidad resolutive				
				4. Equipos en mal estado.					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
				5. Problemas de infraestructura.									
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 NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

EMBARAZADA DE 27.6 SEMANAS DE GESTACION POR FUM (22/01/2025) QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO, FPP 29/10/2025, HISTORIA OBSTETRICA: E:2, P: 2 (CESAREA 1ERO POR CIRCULAR DE CORDON, 2008 Y 2013), A: 0. APP DE OBESIDAD, REFIERE SENTIRSE MUY BIEN , BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRAMIENTO VAGINAL, SE ENVIA A SU SERVIICO PARA PROGRAMAR 3ERA CESAREA Y LIGADURA DE TROMPAS.

PESO: 87.1 Kg TALLA: 158.7 IMC: OBESIDAD. PESO ACTUAL: 89Kg. **GANANCIA DE PESO: 1.9Kg (INSUFICIENTE)**

RIESGO OBSTETRICO: 5 PTOS ALTO (CONTROL PRENATAL ANTECEDENTES: 35-39a: 1 PTO, PIG MAYOR 5a: 1 PTO, ;FACTORES NUTRICIONALES: OBESIDAD 3 PTOS .

Hb: 10.7mg/dl

LABORATORIO 20/07/2025 Hb: 10.8 mg/dl, Hcto: 33.3%, Hematies: 4.09 x10⁶/12/L, Plaquetas: 193 mmc, Leucocitos: 12.39 mmc. (Lin 21.1, Seg 72.1, Mon 4.7, Eos 2.1, Bas 0.0), Glicemia: 86.97 mg/dl, Creatinina: 0.95 mg/dl, urea: 21.51 mg/dl, Ac Urico 3.98 mg/dl; Colesterol 207.99 mg/dl, TAG: 479.39 mg/dl, TGO: 20.07 U/L, TGP: 17.44 U/L. VLDL: 95.88 mg/dl. Proteinas totales: 6.81 g/dl, Albumina: 3.71 g/dl, Globulina: 3.1 g/dl, Indice A/G: 1.2 , VIH 1+2 Ag P24: NO REACTIVO, SIFILIS TOTALES: Negativo, Hepatitis B: Negativo, Hepatitis C: Negativo. Tripanosoma Cruz: NEGATIVO. TORCH IgM: Negativo. UROANALISIS: Leu 3-5 xc/; Ert: 0-1xc/; Cel Epit: algunas; Bacterias: +; MOCO: ++.....UROCULTIVO: SIN CRECIMIENTO BACTERIANO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF	CIE		PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	4.	ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O990	X
2.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X	5.	ESTERILIZACION	Z302	X
3.	AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	O261		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
05/08/2025	10.30 am	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 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	