

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	C. S TOSAGUA		TIPO C	1313893388								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDA D	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
PAZMIÑO		ZAMBRANO		LETTY		MILENY		F	21/08/2000	24	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
994555917		NO APORTA		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABI		TOSAGUA		CASICAL		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
						4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				
						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

GESTANTE DE 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL PRENATAL TRAE ECOGRAFIA OBSTETRICA TERCER TRIMESTRE 1/08/2025, CON EMBARAZO DE 28.6 SEMANAS ACTUALMENTE 29.2 SEMANAS QUE NO COINCIDE CON EDAD GESTACIONAL DE CURSA 28.6 SEMANAS POR FUM: 14/01/2025 FPP: 21/10/2025 NO CONFIABLE, EMBARAZO NO PLANIFICADO, APP: NODULO MAMA IZQUIERDA, APF: PADRE Y ABUELOS HTA. AGO: G01, C01 PIG: 1 AÑO 4 MESES, ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 12 AÑOS, INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 18 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, ESTADO CIVIL SOLTERA, DOMICILIO LOCALIDAD CASICAL (TOSAGUA -MANABI). OCUPACION ESTUDIANTE Y AMA DE CASA. EN LA ACTUALIDAD REFIERE DOLOR LUMBAR, CANSANCIO, BUEN APETITO (3 COMIDAS), NO REFIERE DOLOR PELVICO, ORINA FRECUENTEMENTE, DEFECA NORMAL. NO SANGRADOS, POCA CRESCION VAGINAL BLACA , SCORE MAMA: 0, RIESGO OBSTETRICO: BAJO. EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 29 CM FREC. CARDIACA FETAL: 145LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACION: CEFALICO. PROTEINURIA NO HAY EN LA UNIDAD, MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA NO REFIERE SANGRADO TRANSVAGINAL , SCORE MAMA: 0 CAMPOS PULMONARES: VENTILADOS Y SIN RUIDOS SOBREÑADIDOS RUIDOS CARDÍACOS: RÍTMICOS Y NORMOINTENSOS CON GANANCIA ADECUADA DE PESO PARA SU IMC PRECONCEPCIONAL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PRODUCTO UNICO VIVO CEFALICO IZQUIERDO BPD: 72MM= 28.6 SEMANAS, CC: 261MM= 28.3 SEMANAS, AC: 244MM= 28.5 SEMANAS, ESTOMAGO PRESENTE CORDON UMBILICAL NORMAL, PLACENTA POSTERIOR MADURACION GRADO I/III, TONO FETAL NORMAL, FCF; 143LPM, HN: 8.8MM, EMBARAZO DE 28.6 SEMANAS, FPP. 18/10/2025. PESO: 1293GR

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	Z348		X	4.			
2.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
04/08/2025	9:30	KATTY	CEDENO	RODRIGUEZ
FIRMA			SELLO	
1206699983				

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 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
FIRMA			SELLO	