

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	1313987719		1313987719								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
ORTIZ		NAPA		BRIGGITH		NICOLLE		F	29/04/2005	20	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN									
980963161		NO TIENE					MOTIVO									
		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					6. Problemas de abastecimiento.									
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				7. Insuficiencia de profesionales.								
MANABI		TOSAGUA		SAN AGUSTIN TOSAGUA				8. Inadecuada capacidad resolutiva								
								9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PRIMIGESTA DE 20 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL PRENATAL A EL MOMENTO CURSA EMBARAZO DE 32.4 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFÍA DEL SEGUNDO TRIMESTRE, FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: NO RECUERDA, FECHA PROBABLE PARTO: 14/06/2026, NO CONFIABLE, EMBARAZO NO PLANIFICADO, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: ABUELA HTA, ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 15 AÑOS. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE BIEN POCO NAUSEAS, BUEN APETITO (5 COMIDAS), ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, LEVE DOLOR BAJO VIENTRE QUE SE IRRADIA A REGION LUMBRO SACRA NO PRESENCIA DE LEUCORREA , NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO: BAJO PUNTAJE : 1.EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES. ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL. -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 33 CM FREC. CARDIACA FETAL: 139 LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACION: CEFALICO. PROTEINURIA (NO HAY EN LA UNIDAD), MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA NO REFIERE SANGRADO TRANSVAGINAL, SCORE MAMA: 0 GANANCIA DE PESO ADECUADA .

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EXAMENES DEL 21/04/2026: GLUCOSA: 81.00, COLESTEROL TOTAL: 261.00, TRIGLICERIDOS: 224.00,ÁCIDO ÚRICO: 3.65, UREA: 20.00, CREATININA: 0.81. TGO: 24.00, TGO: 28.00, PROTEÍNAS TOTAL: 6.40. LEUCOCITOS: 9.44, GLÓBULOS ROJOS: 4.12, HB: 12.7, HCTO: 36.2, PLAQUETAS: 268. ECOGRFIA DEL 21/04/2026: PRODUCTO ÚNICO VIVO CEFALICO DORSAL DERECHO BPD: 80MM= 32.3 SEMANAS, CC: 294MM= 32.4 SEMANAS, AC: 294MM= 33.3 SEMANAS, FL: 63MM= 32.6 SEMANAS, CORAZÓN 4 CÁMARAS, CORDÓN UMBILICAL CIRCULAR SIMPLE, PLACENTA POSTERIOR MADURACION GRADO I/III, TONO FETAL NORMAL, FCF: 139LPM, LA: NORMAL, ILA:16.43CM, HN: 10.3MM. EMBARAZO DE 32.6 SEMANAS, FPP: 10/06/2026. PESOO: 2112 GRAMO

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE INSUFICIENTE ATENCION PRENATAL		Z353		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
22/04/2026	13:30	Katty		Cedeño		Rodriguez	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		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 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	