

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	1314034602	1314340602							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
LOOR	VERA	MARIA	CONCEPCION	F	08/12/1990	35	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN								
985220411	NO TIENE			MOTIVO								
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	SAN CRISTOBAL	3. Falta de equipamiento.		☐	8. Inadecuada capacidad resolutive		☐				
			4. Equipos en mal estado.		☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☒				
			5. Problemas de infraestructura.		☐							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	NATALIA HUERTA NIEMES	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

SECUNDIGESTA DE 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL PRENATAL, CURSA EMBARAZO DE 33.3 SEMANAS POR ECOGRAFIA DELSEGUNDO TRIMESTRE FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN 30/08/2025 FECHA PROBABLE PARTO: 06/06/2026, NO CONFIABLE, EMBARAZO NO PLANIFICADO, CAPTACION TARDIA. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE, GINECO-OBSTETRICO: G02, P02. PERIODO INTERGENESICO: 7 AÑOS, ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 13 AÑOS. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SOFOCOS Y CANSANCIO, BUEN APETITO (5 COMIDAS), ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, LEVE DOLOR BAJO VIENTRE QUE SE IRRADIA A REGIÓN LUMBRO SACRA Y CALAMBRES, NO LEUCORREA, NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO PUNTAJE : 2. EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES. ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 34 CM FREC. CARDIACA FETAL: 159 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 PARA EDAD IMC PRECONCEPCIONAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EXÁMENES Y ECOGRAFÍA SOLICITADO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	Z348		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
21/04/2026	14:50	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		