

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO/PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO								
M.S.P.		1248	CENTRO DE SALUD CHONE	C	1314089796		1314089796								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)							
SOLORZANO	MUÑOZ		KELLY	LILIBETH	M	12/03/2006	18	H	D	M	A				
No. TELÉFONO (CELULARO CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	x	DERIVACIÓN									
097118941 / 0981148615						MOTIVO									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.							
				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.				x			
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive			
MANABI				CHONE		CHONE		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
M.S.P.	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	NUTRICION

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente acude a control prenatal, cursa con embarazo de 30.3 semanas, al examen obstetrico altura uterina 29cc, FCF 130xm, con ganancia de peso inadecuada por deficit, a pesar de haber tenido turno agendaao , no acudió, refiere cansancio debilidad, cefalea, al momento la agenda de nutricion , se encuentra llena hasta Marzo y la plataforma no permite agendar turno para el mes de Abril, por lo que se refiere a segundonivel, sin embargo el día de hoy se tramitara para turno extra si fuera posible, Score mama 0.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

no tiene exámenes actualizados, estos se solicitaron

E. DIAGNOSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Aumento pequeño de peso en el embarazo		O261		X	4.			
2.	Supervisión de primer embarazo normal		Z340		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
04/02/2025	11:16	JANNINA	AMBROSSI	DELA A
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
0913042487				

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	TIPOLOGÍA	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. DIAGNOSTICO

	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	

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA