

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	1314160555						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
FARIAS	MUÑOZ	KARINA	ESTEFANIA	F	21/09/1994	30	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0980159495 / 0997490955			X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO						
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	6. Problemas de abastecimiento.						
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA	7. Insuficiencia de profesionales.						
				8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
				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	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MULTIGESTA DE 30 AÑOS CON HO: G3 P0 A1 C2. PIG LARGO. ACTUALMENTE CON EMBARAZO DE 32.2 SEMANAS POR FUM: 20/01/2025 FPP: 27/10/2025.

Al Momento con BEG, Al Ex. Físico: mucosas normocromicas AR: MV normal, ACV: RsCSRS/s.- TA: 110/70mmHg.- SCORE MAMA:0.

AL RASTREO ECOGRAFICO. FETO UNICO VIVO CON BUENA VITALIDAD POR MOVIMIENTOS ACTIVOS Y FCF: 157LxM.PRESENTACIÓN CEFÁLICA, SEXO FEMENINO.

CON 32.5 SG POR BIOMETRIA FETAL (DBP:8.1cm. CC:29.6cm. CA: 28.9 LF: 6.25) CON PESO FETAL ESTIMADO : 2.135GR. PLACENTA FUNDICA G°II.

Ex de LAB DE I Y II TRIMESTRE NORMALES, SE REALIZA REFERENCIA AII NIVEL PARA PROGRAMACIÓN DE CESÁREA Y SALPINGECTOMIA POR PARIDAD SATISFECHA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL RASTREO ECOGRAFICO. FETO UNICO VIVO CON BUENA VITALIDAD POR MOVIMIENTOS ACTIVOS Y FCF: 157LxM.PRESENTACIÓN CEFÁLICA, SEXO FEMENINO.

CON 32.5 SG POR BIOMETRIA FETAL (DBP:8.1cm. CC:29.6cm. CA: 28.9 LF: 6.25) CON PESO FETAL ESTIMADO : 2.135GR. PLACENTA FUNDICA G°II.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA P	O342		X	4			
2. SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	5			
3. CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCEPC	Z302		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
02/09//2025	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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		