

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								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ZAMBRANO	DOMINGUEZ	NAYDA	MARIANELA	F	05/07/2005	19	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN								
0990852424 / 0993055974	Afiliado No se Encuentra	X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA									
		1. Accesibilidad geográfica.									
		2. Falta de espacio físico.									
		3. Falta de equipamiento.									
		4. Equipos en mal estado.									
		5. Problemas de infraestructura.									
		6. Problemas de abastecimiento.									
		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. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

GESTANTE DE 19 AÑOS CON AGO: G1 A1, ULTIMO EMBARAZO: ABORTO (24/02/2024). ACTUALMENTE DE 34 SG POR FUM: 20/03/2024. FPP: 25/12/2024...

AL MOMENTO CON BEG, Al Ex. Físico: mucosas Hipocromicas. AR: MV normnal, ACV: RsCsRs/S TA.;: 100/70mmHg. MI SIN EDEMA. SCORE MAMA 0.

AL EX. OBSTÉTRICO: AU: 32CM. MF+. FCF: 152LxM. SITUACIÓN TRANSVERSA. PRESENTACIÓN PODÁLICA... POR ELLO SE I/C. CON GINECOLOGÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EX. OBSTÉTRICO: AU: 32CM. MF+. FCF: 152LxM. SITUACIÓN TRANSVERSA. PRESENTACIÓN PODÁLICA... POR ELLO SE I/C. CON GINECOLOGÍA.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. ATENCIÓN MATERNA POR POSICIÓN FETAL OBLICUA O TRANSVER	O322		X	4			
2. SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE ABORTO	Z351		X	5			
3. SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO,	Z538		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
05/12/2024	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		