

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1246

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

C. S TOSAGUA

TIPOLOGIA

TIPO C

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1314168129

NÚMERO DE ARCHIVO

1314168129

PRIMER APELLIDO

BURBANO

SEGUNDO APELLIDO

MENDOZA

PRIMER NOMBRE

JACINTA

SEGUNDO NOMBRE

CAROLINA

SEXO

F

FECHA NACIMIENTO

06/04/2008

EDAD

16

CONDICIÓN EDAD (MARCAR)

H

D

M

A

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0959047081//0985682209

TIPO DE COBERTURA

NO

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN

MOTIVO

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

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

TOSAGUA

PARROQUIA

TOSAGUA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL NAPOLEON DAVILA

SERVICIO

CONSULTA EXTERNA

ESPECIALIDAD

GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PPACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A S U S EXTO CONTROL PRENATAL, S IN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA. AGO:G0A0P0C0, FUM: 09/06/2024. MAC: HORMONAL. APF ABUELOS HIPERTENMS ION ARTERIAL, A CURS ANDO EMBARAZO DE 32.1 S G POR FUM Y32.4 S G POR ECO REALIZADA EL 02/09/2024CON 12.4 S G EL DIA HOY REFIERE PRES ENTAR BUEN ES ATDO GENERAL NIEGA DOLOR ENHIPOGATRIO, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO MOCO O S ANGRE,NIEGA S INTOMAS URINARIOS , NIEGA LEOCRREA .AL MOMENTO PACIENTEHEMODINAMICAMENTE ES TABLE,BL. S CORE DE RIES OG:ADOLESCNE (1), AL EXAMEN FIS ICO CABEZA NORMOCE ALO CUELLO NO ADENOPATIAS TORAX CS PS CLAROS Y VENTILADOS LS CS RTIMICOS NO S OPLOS ABDOMEN GLUBULOS OCUPADO POR UTERO GRAVIDO DEAU 30 CM PRS ENTACION CEFALICO DORS O DERECHO, FCF 170LXM ACTIVIDAD UTERINA NEGATIVA, MF ACTIVOS .

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL MONITOREO FETAL: FCF 170LXM AU NEGATIVO SE HIDRATA INTREAVENOSA SE LA MANTIEN OBSERVACION CON MEJORIA DEL CUADRO CLINCIO EN EL AREA DE EMERGENCIA. E REVIS AN EXAMNES DE LABORATORIO REALIZADOS EL 14/01/2025 • Rec uento de Glóbulos Rojos 4.43 • Hemoglobina 8.8 • Hematoc rito 29.7 • Plaquetas 322 • Glóbulos Blanc os 6.72 • Linfoc itos (%) 20.4 • Neutrófilos (%)74.0 • Monoc itos (%) 4.7 • Eosinófilos (%)0.9 • Basófilos (%) 0.0 • Gluc osa 66.4 • UREA 19.9 • CREATININA 0.99 • PROTEINAS TOTALES 7.9 • ACIDO URICO NO LE REALIZAN • Colesterol 177.3 • Triglic éridos 439.3 • VLDL 87.86 • TGO/AS T 30.36 • TGP/ALT 15 • INDICER UREMICO C 9.29 • UROANALIS IS LEUCOCITOS MACROS COPICO NEGATIVOPROTEINAS NEGATIVO GLUCOS A NEGATIVO NITRITOS NEGATIVO MICROS COPICO LEUCOITOS 3-5 HEMATIES 0A1 CELULAS EPITELIALIS ALGUNAS MOCO ES CAS A • TORCH NEGATIVO • VIH NO REACTIVO • S IFILIS NEGATIVO

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

1

SUPERVISION DE PRIMIGESTA MUY JOVEN

Z356

X

4.

2

ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO

O990

5.

3.

6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)

2025/01/30

HORA (hh:mm)

12:00

PRIMER NOMBRE

Félix Humberto

PRIMER APELLIDO

Véliz

SEGUNDO APELLIDO

Giler

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1309637757

FIRMA

Dr. Félix Humberto Véliz Giler
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
REG. SENESCYT: 1027-2022-2414983

SELLO

G.EVALUACIONDELAREFERENCIA/DERIVACION

REFERENCIAJUSTIFICADA

SI

NO

DERIVACIÓNJUSTIFICADA

SI

NO

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. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

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

