

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	1314168236		1314168236											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
GOMEZ		CUABOY		CINDY		JULEIDY		F	27/12/2003	22	H	D	M	A					
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN													
964049173		NO APORTA		X															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		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 resolutiva		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA															
MANABI		TOSAGUA		SAN AGUSTIN														X	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PRIMIGESTA DE 21 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL PRENATAL, CURSA ACTUALMENTE 34.4 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DEL PRIMER TRIMESTRE FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN: 02/06/2025? FECHA PROBABLE PARTO: 29/03/2026 POR ECO. EMBARAZO NO PLANIFICADO, ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN SINOS DE ALARMA, BUEN APETITO (5 COMIDAS), ORINA , DEFECA SIN DIFICULTAD, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE, NO LEUCORREA, NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, A FEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO PUNTAJE :0.ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: ABUELO HTA, ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICO: GESTA: 0, ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 11 AÑOS. AL EXAMEN GINECO-OBSTETRICO, PRODUCTO ÚNICO VIVO, CEFALICO, FCF: 154 LPM, MOVIMIENTOS FETALES: ACTIVOS. ACTIVIDAD UTERINA: NEG.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

5/1/2026: Hepatitis B (HBsAg) Negativo Hepatitis C (HCV) Negativo TRYPANOSOMA CRUZI (CHAGAS) ANTICUERPOS IgG CHAGAS Negativo Serología HIV 1 + 2 Antígeno P24 No reactivo Método: Inmunocromatografía VDRL No reactivo. Glucosa 64.53 mg/dL 70 – 110. 18/02/2026: UROANALISIS: PH: 8, LEUCOCITOS: NEGATIVO, CÉLULAS EPITELIALES: 8-10, LEUCOCITOS: 4-6, HEMATIES: 1-3 BACTERIAS: +. FILAMENTOS MUCOSOS: +. ECOGRAFIA 28/1/2026: PRODUCTO ÚNICO VIVO PODALICO, BPD: 80MM= 32.1 SEMANAS, CC: 288MM= 31.5 SEMANAS, AC: 277MM= 31.6 SEMANAS, FL: 6MM= 31.4 SEMANAS, SEXO MASCULINO, CORAZÓN 4 CÁMARAS, CORDÓN UMBILICAL CIRCULAR SIMPLE, PLACENTA ANTERIOR MADURACIÓN GRADO I/II, TONO FETAL NORMAL, FCF: 146LPM, HN: 8.5MM, EMBARAZO DE 31.6 SEMANAS, FPP: 25/03/2026, PESO: 1836 GRAMOS.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF															
1.	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	Z340		X	4.														
2.					5.														
3.					6.														

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
19/01/2026	15:00	KATTY		CEDEÑO		RODRIGUEZ	
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															
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	