

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	1314416056	1314416056					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDEÑO	CEDEÑO	MARYURI	VERÓNICA	F	17/10/1993	32	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0960152752 / 0960152753			X							
				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						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

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

FEMENINA DE 32 AÑOS, ACTUALMENTE CON 34 SG. POR FUM: 12/08/2025. FPP: 19/05/2026, H.O: E:1, P: 1 (VAGINAL OCT 2019 COMPLICADO POR RETENCIÓN PLACENTARIA...) A: 0. PIG LARGO...

APP: DE HIPOTIROIDISMO CON TTO LEVOTIROXINA QD INDICADA POR ENDOCRINOLOGIA** AL MOMENTO CON BEG, MANTIENE SUS NECESIDADES FISIOLOGICAS NORMALES.

AL EX. FISICO: MUCOSAS HIPO-CROMICAS AR: MV NORMAL. ACV: RSCsRS/S.- TA: 120/70 mmHg. M.I SIN EDEMA. FC: 120 Lat x Mit.- SCORE MAMA: (2).

Ex. OBSTETRICO: MF+, AU: 31cm. FCF: 160 Lat x MIT. EX, GINECOLOGICO NO EXPLORADO (LEVE LEUCORREA)

SE INDICA RECOMENDACIONES GENERALES, CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA HORA EN CASA Y ANTE SIGNOS DE ALARMA ACTIVAR PLAN DE EMERGENCIA... Y SE REFIERE A II NIVEL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EX. FISICO: MUCOSAS HIPO-CROMICAS AR: MV NORMAL. ACV: RSCsRS/S.- TA: 120/70 mmHg. M.I SIN EDEMA. FC: 120 Lat x Mit.- SCORE MAMA: (2).

E. DIAGNÓSTICOS	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	E039		X	4			
2 ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICION Y DEL METABOL	O992	X		5			
3 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
31/03/2026	4:00:00 p. m.	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		