

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	1314451624			1314451624					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
DELGADO		MONTESDEOCA		NARCISA		MONSERRATE		F	09/11/2004	21	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
981223482		NO TIENE		1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN		3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABI		TOSAGUA		4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutive						
				5. Problemas de infraestructura.				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	NATHALIA HUERTA NIEMES	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

TERCIGESTA DE 21 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL PRENATAL A EL MOMENTO CURSA EMBARAZO DE 31.1 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: 12/09/2025 FECHA PROBABLE PARTO: 05/07/2026, EMBARAZO NO PLANIFICADO, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE. GINECO-OBSTETRICO: GESTA:02 PARTO: 01. ABORTO: 01 PIG:9 MESES. ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 13 AÑOS. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE MUY BIEN , BUEN APETITO (5 COMIDAS), ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE, NO LEUCORRÉA , NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. RIESGO OBSTETRICO BAJO: 2 ANTECEDENTES (PIG CORTEO , ABORTO), AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 31 CM FREC. CARDIACA FETAL: 151 LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACIÓN: CEFALICO. PROTEINURIA (NO HAY EN LA UNIDAD), MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA NO REFIERE SANGRADO TRANSVAGINAL, SCORE MAMA: 0 GANANCIA DE PESO EXCESIVA PARA EDAD IMC PRECONCEPCIONAL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PRODUCTO ÚNICO VIVO, BPD: 74MM= 29.6 SEMANAS, CC: 271MM= 29.5 SEMANAS, AC: 255MM= 29.5 SEMANAS, SEXO MASCULINO, CORAZÓN CUATRO MACARAS, CORDÓN UMBILICAL NORMAL.PLCENTA POSTERIOR MADURACIÓN GRADO I/II, TONO FETAL NORMAL, FCF: 144LPM, LA:11.61CM, HN: 9.3MM,EMBARAZO DE 29.5 SEMANAS, FPP: 29/06/2026. PESO:1441 GRAMOS.

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES			Z348		X	4.			
2.	AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO			O260		X	5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
28/04/2026	7:12	Katty	Cedeño	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1206699983				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÒN 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

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	