

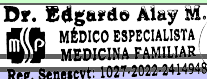
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO											
MSP		1410	SC BARRAGANETE		A	1314456326			1314456326											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)									
ZAMBRANO		ZAMBRANO		JAHAIRA		JOMIRA		F	10/04/1996	28	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	D	M	A				
H	D	M	A																	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO												
0995423257						X		<table border="1"> <tr> <td>X</td> <td>6. Problemas de abastecimiento.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7. Insuficiencia de profesionales.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td> </tr> </table>					X	6. Problemas de abastecimiento.		7. Insuficiencia de profesionales.		8. Inadecuada capacidad resolutive		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios
X	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					<table border="1"> <tr> <td>1. Accesibilidad geográfica.</td> </tr> <tr> <td>2. Falta de espacio físico.</td> </tr> <tr> <td>3. Falta de equipamiento.</td> </tr> <tr> <td>4. Equipos en mal estado.</td> </tr> <tr> <td>5. Problemas de infraestructura.</td> </tr> </table>								1. Accesibilidad geográfica.	2. Falta de espacio físico.	3. Falta de equipamiento.	4. Equipos en mal estado.	5. Problemas de infraestructura.			
1. Accesibilidad geográfica.																				
2. Falta de espacio físico.																				
3. Falta de equipamiento.																				
4. Equipos en mal estado.																				
5. Problemas de infraestructura.																				
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA																	
MANABI	PICHINCHA		PICHINCHA																	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE CON 26 EDAD CON ANTECEDENTES DE EPILEPSIA TOMA CARBAMAZEPINA 200MG 1 VEZ AL DIA, CON AGO. G.U.P. U.C.U.A.U CON EMBARAZO DE 18.4SGSG POR FUM 30/03/2025 PRESENTA ECOGRAFIA DEL 15 DE JULIO 2025 CON 18.4SG TRASPOLADO 21, 5SG NO PRESENTA SIGNOS DE ALARMA no cefalea y visión borrosa, no sangrado vaginal, no salida de líquido amniótico, no alza térmica. no dolor tipo contracción NO PRESENTA SIGNOS DE BANDERA ROJA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA: no reporta síntomas respiratorios o gástricos, niega síntomas urinarios, PACIENTE CON RIESGO OBETRICO:ALTO TOMA: HIERRO MAS ACIDO FOLICO 04MG CALCIO 500MG CADA 8 HORAS ACIDO ACETILSALICILICO MULTIVITAMINICO Y MINERALICO 1 TABLETA DIARIA AL MOMENTO DE LA CONSULTA no refiere sintomas al momento de la consulta presenta avomeros

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO									
PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			
1.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO			Z359	X		4.		
2.							5.		
3.							6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
06/08/2025		EDGARDO	ALAY	MERO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310535131				 Dr. Edgardo Alay M. MÉDICO ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR Reg. Senescyt: 1027-2022-2414948

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN												
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	X	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