

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	1314485101		1314485101						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDA D	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VALLEJO		ZAMBRANO		KARLA		KARINA		F	02/08/1992	33	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
960404632		NO APORTA		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.								
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA		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		X						
						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		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

SECUNDIGESTA NULIPARA DE 33 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU CUARTO CONTROL PRENATAL, SE REALIZO 3 CONTROLES EN CS ROCAFUERTE. SE ENCUENTRA EN TOSAGUA TEMPORALMENTE. CURSA EMBARAZO DE 28.6 SEMANAS FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN: 3/03/2025, FECHA PROBABLE PARTO: 04/01/2026, NO CONFIABLE, EMBARAZO NO PLANIFICADO, APP: NO REFIERE, APP: ABUELOS DIABETES, THA ABUELOS Y MADRE, ACV MADRE HACE 2 AÑOS, AGO: G1 C01 (TRABAJO DE PARTO DISTOSICO), PIG: 15 AÑOS ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 12 AÑOS, INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 15 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 5, ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE 8 AÑOS. OCUPACION: DOCENTE. EN LA ACTUALIDAD REFIERE SENTIRSE BIEN BUEN APETITO (5 COMIDAS). ORINA Y DEFECA NORMAL. NO SANGRADOS, POCA SECRESION VAGINAL BLANCA, RIESGO OBSTETRICO BAJO. PUNTAJE: 3. -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 28 CM FREC. CARDIACA FETAL: 137LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES, PRESENTACIÓN: TRANSVERSO. A EL EXAMEN CON ESPECULO SE OBSERVA CERVIX POCO INFLAMADO, CANAL VAGINAL CON SECRESION VAGINAL BLANCA Y GRUMOSA. GENITALES NORMALES. PROTEINURIA NEG, MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA, SCORE MAMA: 0. CON GANANCIA ADECUADA DE PESO PARA SU IMC PRECONCEPCIONAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

EXAMENES DE LABORATORIO Y ECOGRAFIA OBSTETRICA SOLICITADAS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	Z348		X	4.			
2.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X	5.			
3.	ESTERILIZACIÓN	Z302		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
17/10/2025	9:00	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 EXAMENES 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	