

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	1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1314553833						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ALCIVAR	ALCIVAR	DIVINA	CECIBEL	F	1909/1994	29	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO					
978931127	MSP		X		6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	8. Inadecuada capacidad resolutive							
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	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	GINECOBSTERICIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO JOVEN APG FUM 31 DE ENERO 2024. G:3 P:0 C:3 A:0 ALTO RIESGO OBSTERICO POR: 3 CESAREAS ANTERIORES, INICIO DE EMBARAZO CON SOBREPESO. SCORE MAMA: 0. NO PRESENTA APP DE IMPORTANCIA. EXAMEN FISICO: RSCS RITMICOS Y NORMOFONETI CPS, CSPS CLAROS Y VENTILADOS. ABDOMEN PROMINENTE. ALTURA UTERINA 35 CM, PRODUCTO EN POSICION INDETERMINADA, FCF 140 A 150 XM, ACTIVIDAD UTERINA NEGATIVA. EXTREMIDADES NO EDEMA. PRESENTA ANEMIA LEVE QUE SE TRATO CON HIERRO 300 MG IV LUEGO HIERRO 1 TABLETA BID. SEROLOGIA NO REACTIVA. TORCH NEGATIVO. BAJO EL CONTEXTO DE UNA ADULTO JOVEN CON 3 CESAREAS ANTERIORES SOLICITO VALORACION Y TTO ESPECIALIZADO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HB: 10.2. SEROLOGIA EN LA PREVENCIÓN COMBINADA

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDO A CIRUGIA PREVIA	O342		X	4.			
2.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO DE 35 SEMANAS	Z358		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
01/10/2024	16:04:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA Firmado electrónicamente IGNACIO XAVIER MANRIQUE AVEIGA	SELLO	
1308639879				

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	