

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 PICHINCHA		A	1314564400		1314564400			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
MEJIA		SANTANA		MARIA		DE LOS ANGELES		F	23/07/2006	18	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO			
0962583662					X			X 6. Problemas de abastecimiento.			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.						
PROVINCIA					2. Falta de espacio físico.						
CANTÓN					3. Falta de equipamiento.						
PARROQUIA					4. Equipos en mal estado.						
MANABI					5. Problemas de infraestructura.						
PICHINCHA					6. Problemas de abastecimiento.						
					7. Insuficiencia de profesionales.						
					8. Inadecuada capacidad resolutiva						
					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						

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
PACIENTE CON 18EDAD NO REPORTA ANTECEDENTE PATOLOGICOS PERSONALES DE RELEVANCIA, CON AGO: G0 P: 0 C0 A0 CON EMBARAZO DE 35.6SG POR FUM 03/09/2024 NO CONFIABLE PRESENTA ECOGRAFIA DEL 7/03/2025 FETO UNICO PRESENTACION CEFALICA SINTUION LOGITUNIDAL DORSO FETAL ANTERIOR PLACENTA POSTERIOR CON 37.1SG 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

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO							
PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358	X		4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/032025		EDGARDO	ALAY	MERO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310535131				

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 DIAGNOSTICOS

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	