

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1314770452								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
DELGADO		LUGO		MARÍA		CRISTINA		F	12/01/1995	30	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN							
0990807557 / 0993362065							MOTIVO							
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA											
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA											

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	EMERGENCIA	GINECOBSTERICIA

FEMENINA DE 30 AÑOS, CON HO: G2 A0 C0 P1 (PREMATURO A LAS 36SG EN 2023.) ACTUALMENTE CON 37 SG DE FUM: 17/01/2025 Y ACTUALMENTE 38 SG POR ECOGRAFIA CON FPP: 11/10/2025... AL EX. FISICO: BEG, MUCOSAS NORMOCROMICAS. AR: MV NORMAL, ACV: RscSRsS/S. TA: 130/70mmHg. MI CON EDEMA (+) . SCORE MAMA: 1. Por ECOGRAFIA: FETO ÚNICO VIVO, SEXO MASCULINO, PRESENTACIÓN CEFALICA, CON 38 SG POR BIOMETRIA FETAL, (DBP: 9.36cm. CC: 32.9cm. CA: 35.9cm. LF: 7.4cm) PLACENTA FUNDICA G"III, ILA: 4ml (oligohidramnios.) FCF: 161latidos por minuto. (la paciente refiere estar perdiendo liquido..?) Ex. GINECOLOGICO NO EXPLORADO (Estuvo con Tto para Infección G-U) POR GESTACIÓN A TERMINO DE ARO. SE REALIZA REFERENCIA DE EMERGENCIA A II NIVEL PARA PARTO INSTITUCIONALIZADO. (También refiere que quiere salpingectomia por Paridad Satisfecha)

ECOGRAFIA: FETO ÚNICO VIVO, SEXO MASCULINO, PRESENTACIÓN CEFALICA, CON 38 SG POR BIOMETRIA FETAL, (DBP: 9.36cm. CC: 32.9cm. CA: 35.9cm. LF: 7.4cm) PLACENTA FUNDICA G'III, ILA: 4ml (oligohidramnios.) FCF: 161latidos por minuto. (la paciente refiere estar perdiendo liquido..?) Ex. GINECOLOGICO NO EXPLORADO (Estuvo con Tto para Infección Genito urinaria la semana anterior)
--

1	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358	X	4			
2	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	O235	X	5			
3	OLIGOHIDRAMNIOS	O410	X	6			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
06/10/2025	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1803403326				MEDICO FAMILIAR

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	