

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1314770569		1314770569						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDA D	CONDICIÓN EDAD (1350858013MARCAR)			
LUGO		DELGADO		KATHERINE		ANNABEL		F	10/10/2002	23	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
991900698		NO APORTA		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.								
PROVINCIA		CANTÓN		3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.								
MANABI		TOSAGUA		4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutive								
		LOS NARANJOS		5. Problemas de infraestructura.		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	NATHALIA HUERTA NIEMES	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE TERCIGESTA DE 27 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU CUARTO CONTROL PRENATAL CURSA EMBARAZO DE 32.6 SEMANAS POR ECOGRAFÍA INICIAL, FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: INCIERTA, EMBARAZO NO PLANIFICADO, ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE CONTINUAR CON TOS, BUEN APETITO (5 COMIDAS), ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE, NO LEUCORRÉA, NO PERDIDAS DE LÍQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, RIESGO OBSTÉTRICO: BAJO PUNTAJE: 1. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 12 AÑOS. AL EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES. ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL. -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTÉTRICO: ALTURA UTERINA: 27 CM FREC. CARDÍACA FETAL: 149 LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACIÓN: PODALICO. PROTEINURIA (NO HAY EN LA UNIDAD), MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA NO REFIERE SANGRADO TRANSVAGINAL, SCORE MAMA: 0 GANANCIA DE PESO INADECUADA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Hepatitis B (HBsAg) Negativo Hepatitis C (HCV) Negativo, TRYPAÑOZOMA CRUZI (CHAGAS) ANTICUERPOS IgG CHAGAS Negativo Serología HIV 1 + 2 Antígeno P24 No reactivo, Sífilis Totales Negativo. UROANALISIS: NITRITOS POSITIVOS, LEUCOCITOS: 5.10, BACTERIAS: 4-6, BACTERIAS: ++. CULTIVO DE ORINA: GENERO: ESCHERICHIA COLI. FOSFOMICINA CMI: 2

E. DIAGNÓSTICO

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 PRESENTACION DE NALGAS			O321	X		5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
27/01/2026	14:00	KATTY	CEDENO	RODRIGUEZ
FIRMA			SELLO	
1206699983				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓ 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

[illegible]

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

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

[illegible]

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	