

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO
VILLAVICENCIO		SANCHEZ		JENIFFER PAMELA		30	9	1997	28 F
						DIA	MES	AÑO	D-M-A
NACIONALIDAD		PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		DIRECCION DOMICILIO		Nº TELEFONICO	
ECUATORIANA		ECUADOR	1314795947	MANABI	CHONE	CDLA SANTA MARTHA POR EL COLEGIO SAN CAYETANO		0960819304	
VER INSTRUCTIVO		DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA		CONVENCIONAL/CELULAR

II. REFERENCIA:1 X DERIVACION: 2

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1314795947	UNIDAD OPERATIVA SANTA MARTHA		A	13D07	
REFIERE O DERIVA A:					FECHA	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	12	12	2025
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

Limitada capacidad resolutive	1 X	Saturación de capacidad instalada	4
Ausencia temporal del profesional	2	Otros/ Especifique	5
Falta de profesional	3		

3. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

GESTANTE PRIMIGESTA NULIPARA ACUDE A CONTROL PRENATAL SUBSECUENTE POR EMBARAZO DE 31.2 SEMANAS DE GESTACION POR ECOGRAFIA TEMPRANA, FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION INCIERTA, PACIENTE EN LA ECOGRAFIA PRESENTA MIOMAS UTERINOS, NO MENCIONA SIGNOS DE ALARMA NO PERDIDA DE MOCO-LIQUIDO TRANSVAGINAL O SANGRE, AL MOMENTO DE BUEN ESTADO GENERAL.

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ULTRASONIDO: UTERO GESTANTE EMB DE 30 SEMANAS DE GESTACION POR ECOGRAFIA FETO UNICO PRESENTACION CEFALICO, LATIDO CARDIACOS FETALES, PLACENTA INSERCCION POSTERIOR GRADO 1-2 DE MADURACION ILA 15 CM NG

5. DIAGNOSTICO

		CIE-10	PRE	DEF
1	AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	O261		X
2	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		X
3	TUMOR BENIGNO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA	D269		X

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Obst. Gabriela Moreira CÓDIGO MSP 1313329672 FIRMA

III. CONTRAREFERENCIA: 3 REFERENCIA INVERSA 4

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA	
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:					FECHA	
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNOSTICO

		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA: CODIGO MSP FIRMA

7. REFERENCIA JUSTIFICADA	
---------------------------	--