

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		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1314807254								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SABANDO		RIOS		ANGELA		VICTORIA		F	18/07/1989	36	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0988211165-0962933869		NO		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						
								X						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA		C. EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

.TRIGESTA DE 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU CONTROL PRENATAL, FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN: 04/09/2025, FECHA PROBABLE PARTO: 11/06/2026, CURSA EMBARAZO DE 32.4 SEMANAS, EMBARAZO NO PLANIFICADO, APP: NO REFIERE, APF: MADRE HTA , AGO: G02, C02 A0 P0 PERIODO INTERGENESICO: 7 AÑOS ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 13 AÑOS, INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 25 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE 13 AÑOS. DOMICILIO ACTUAL: SECTOR EL JUNCO -TOSAGUA-MANABI. OCUPACION: AMA DE CASA. EN LA ACTUALIDAD REFIERE SENTIRSE BIEN, BUEN APETITO (5 COMIDAS). ORINA Y DEFECA NORMAL. NIEGA SANGRADOS, NIEGA SECRESION VAGINAL , NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO, RIESGO OBSTETRICO ALTO. PUNTAJE: 4. DECIDO REFERIR POR INSUFICIENCIA PELVICA DE PACIENTE.AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD

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.	ATENCION MATERNA POR DESPROPORCION DEBIDA A DISMINUCION DEL ESTRECHO INFERIOR DE LA PELVIS			O333		X	5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026/04/20	16:00	YOLANDA		CEDEÑO		CEDEÑO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
1311762940						ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓNJUSTIFICADA	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	