

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	1314908151											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
BAILON		VAILON		DOLORES		MONSERRATE		F	02/11/1993	31	H	D	M	A		
														X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO								
0985603007-0992941192			NO			X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.													
			2. Falta de espacio físico.													
PROVINCIA			CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.											
MANABI			TOSAGUA	TOSAGUA	4. Equipos en mal estado.											
					5. Problemas de infraestructura.											
					6. Problemas de abastecimiento.											
					7. Insuficiencia de profesionales.											
					8. Inadecuada capacidad resolutive											
					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 DR. NAPOLEON DAVILA	C. EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE EMBARAZADA DE 28.1 SEMANAS DE GESTACION POR FUM (08/09/2024) Y POR ECOGRAFIA REALIZADA EL 21/03/2025 24.3 SEMANAS , FPP 06/06/2025, HISTORIA OBSTETRICA: E:3, C: 1 (CESAREA POR PLACENTA PREVIA Y PREMATURIDAD 2013), A: 2 (2016 Y 2017) APP PREECLAMPSIA 2013, APF : N/R. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE MUY BIEN , NIEGA SANGRADO TRASNVAGINAL, NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO, NIEGA LEUCORREA , BUEN APETITO, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. VACUNACIÓN CONTRA TETANOS. SCORE MAMA 0, RIESGO OBSTETRICO 8. AMERITA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

FCF 150 LATIDOS POR MINUTO

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 CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA		O342		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/03/24	10..00	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

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	