

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	CS TOSAGUA		C	1314909308			1314909308					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		LUCAS		SILVIA		MAGDALENA		F	14/07/1995	29	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0967003376 - 0982865917		Afiliado Seguro Campesino		X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA						X						
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA												

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

EMBARAZADA DE 30 SG CORREGIDA POR ECOGRAFIA, FUM CORREGIDA: 08/08/2024, FPP 15/05/2025, HISTORIA OBSTETRICA: E:3, P: 3 (2 VAGINALES 2010 Y 2013, ESTE ULTIMO FALLECIO A LA SEMANA DE VIDA POR DEFORMIDADES CRANEALES Y EN LOS PIES, CESAREA 17/11/2016 MORTINATO POR DEFORMIDADES CEREBROCRANEALES Y EN LOS PIES,) A: 0. APF: NO REFIERE, APP : SOBREPESO. IVU A REPETICION QUE NO MEJORAN CON ANTIBIOTICO Y MEDIDAS DE HIGIENE, NOS REFIERE MATERNIDAD SATISFECHA, POR LO QUE SOLICITA LIGADURA DE TROMPAS. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA DETERMINAR VIA DE PARTO, DEBIDO A FACTORES DE RIESGO MUY ALTOS + ESTERILIZACION.

RIESGO OBSTETRICOS: MUY ALTO 10 PTOS (PRENATAL ANTECEDENTES: MORTINATO 2PTOS, MALFORMACIONES CONGENITAS 2 PTOS. FACTORES NUTRICIONALES: SOBREPESO 1 PTO., PATOLOGIA PELVICA: IVU A REPETICION 3 VECES: 2 PTOS. PATOLOGIA OBSTETRICA ACTUAL: DOBLE CIRCUULAR DE CORDON 3 PTOS.

UROANALISIS: PROTEINA: Negativo, GLUCOSA: Negativo. Leu 10-20 xc/; Ert: 1-3xc/.; Cel Epit: algunas; Bacterias: ++++ ; MOCO: ++++

ECOMEDIC 05/03/2025... PRODUCTO UNICO VIVO.PRESENTACION CEFALICO DORSAL IZQUIERDO. BPD: 77mm (30.6 SG), CC: 278mm (30.3 SG), AC: 269mm (31 SG), FL: 58mm (30.4 SG). SEXO: MASCULINO. ESTOMAGO: PRESENTE, CORAZON: 4 CAMARAS, CORDON UMBILICAL: DOBLE CIRCULAR DE CORDON. VITALIDAD FETAL..... PLACENTA POSTERIOR MADURACION GRADO I-II/III, TONO FETAL NORMAL, FC: 138 LPM, LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL ILA 15.05cm, HUESO NASAL VISTO DE 10.2mm, ESPESOR NASAL: 5.4mm.....EMBARAZO DE 30.5 SG (+- 2 SEMANAS). FPP 09/05/2025 (+- 2 SEMANAS). PESO 1645g. 53.1%.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	4.	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR PROBLEMAS NO	O699	X
2.	INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	O234		X	5.	ESPECIFICADOS DEL CORDON UMBILICAL		
3.	ESTERILIZACION	Z302		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
06/03/2025	11.30 am	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINLAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN 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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	