

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					
M.S.P	1246	CS. TOSAGUA	C	1314909555	1314909555					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LUCAS	FALCONEZ	MARÍA	ISABEL	F	12/03/2002	23	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO					
0989209973 / 0986532246		X								
/		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.				
		2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.				
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA			8. Inadecuada capacidad resolutive		X		
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
		3. Falta de equipamiento.								
		4. Equipos en mal estado.								
		5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 23 AÑOS. CON APP: Rh **NEGATIVA**. HO: G2 P1 A0 C0. ACTUALMENTE EMBARAZO (GEMELAR) DE 26 SG POR FUM: 15/08/2025..? Y FPP: 25/05/2026 Y 25 SG POR ECOGRAFIA TEMPRANA. AL MOMENTO CON BEG. MANTIENEN NECESIDADES FISIOLÓGICAS Y SIGNOS VITALES NORMALES. SCORE MAMA: 0. Ex. OBSTETRICO AU. 31cm. MF+. FCF. FA;148 LAT x MIT Y F.B. 150 LAT x MIT. Ex. GINECOLÓGICO NO EXPLORADO... SE REALIZA REFERENCIA A II NIVEL PARA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO POR SER GESTANTE DE A.R.O.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Ex. DE LAB DE I Y II TRIMESTRE NORMALES... INCLUYENDO TORCH, PERFIL TIROIDEO Y COOMBS INDIRECTO Y NEGATIVO... ECOGRAFIA MORFOLOGICA NORMAL. CON 25. SG. SE REFIERE A II NIVEL POR NORMATIVAS Y PROTOCOLOS.

E. DIAGNÓSTICOS	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 EMBARAZO DOBLE	O300		X	4			
2 ATENCION MATERNA POR ISOINMUNIZACION RHESUS	O360	X		5			
3 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/02/2026	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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 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		