

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	1314982552								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
RODRIGUEZ		SABANDO		LOURDES		MONSERRATE		F	22/07/1994	30	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0981674467 / 0989087400		Trabajo No Remunerado		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA										
				2. Falta de espacio físico.										
				3. Falta de equipamiento.										
				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 G. DE CHONE. " Dr. NAPOLEON DAVILA"		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 30 AÑOS CON HO: G2 A0 P0 C1 (2011) PIG LARGO... ACTUALMENTE CON 16 SG. POR FUM QUE COISIDE CON ECOGRAFIA TEMPRANA...

APP: APENDICECTOMÍA HACE 3 AÑOS. ALERGIAS: NO. FUE DIAGNOSTICADA CON HTA EN LA CONSULTA ANTERIOR POR LO QUE LE INDICARON ALFA METILDOPA 500MG BID...

AHORA REFIERE HIPEREMESIS GRAVIDICA... AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS. AR: MV NORMAL, ACV: RsCsRsS/- TA: 140/90mmHg. MI SIN EDEMA. SCORE MAMÁ: 1...

SE INDICA SUBIR LA DOSIS DE ALFA METIL DOPA A 500MG CADA 8HORAS POR TA:**140/90**mmHg. Y REFERENCIA A II NIVEL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EX. OBSTETRICO: AU: 18CM. Y EN RASTREO ECOGRAFICO: 16 SG POR BIOMETRIA FETAL. CON BUENA VITALIDAD FETAL POR MOVIMIENTOS ACTIVOS Y FCF: 160LxM.

SE RECOMIENDA REALIZAR ECOGRAFIA MORFOLÓGICA ESTRUCTURAL CON ECOCARDIOGRAFIA Y DOPPLER MATERNO-FATAL. EN III NIVEL.

EX. GINECOLÓGICO NO EXPLORADO. (NIEGA FLUJO)

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1	HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA	O16X	X	4	HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE	O210	X
2	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA P	O342	X	5	REACCION AL ESTRES AGUDO	F430	X
3	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	O358	X	6	HALLAZGO ULTRASONICO ANORMAL EN EL EXAMEN PRENATA	O283	X

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
28/01/2025	12.00	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	