

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	
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1248	CENTRO DE SALUD CHONE	C	1315101756		----	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
GUERRERO	LOOR		HILDA		VERONICA	M	07/03/1984	41
No TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		
0997414661						MOTIVO		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.		
			2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.		
PROVINCIA			3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutiva		
CANTÓN			4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X
DIRECCIÓN			5. Problemas de infraestructura.					
MANABI			CHONE		EL VERGEL			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE PRIMIGESTA DE 41 AÑOS DE EDAD AGO: G0 P0 A0 C0 ANTECEDENTES PERSONALES : HIPERTENSION ARTERIAL // GESTANTE DE 15.4 SG SEGUN FUM 25/02/2025 ACUDE A CONTROL PRENATAL ; AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICA, ABDOMEN UTERO GRAVIDO. PRESENTACION: INDETERMINADA, AFU:15CM , FCF: AUN NO VALORABLE. MOVIMIENTOS FETALES NO VALORABLE. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA // ESTADO NUTRICIONAL: NORMOPESO GANANCIA N/A / SCORE MAMA:5 0 RO: ALTO .VALORACION ESPECIALIZADA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

GRUPO RH O NEGATIVO

E. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	HIPERTENSION ESENCIAL PREEXISTENTE QUE COMPLICLA EL EMBARAZO Y EL PARTO		O109		X	4.			
2.	ATENCION MATERNA POR ISOINMUNIZACION RHEUS		O360		X	5.			
3.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN		Z359		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
13/06/2025	8:40:00	LADY	RIVAS	PROAÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1311490468		 Firmado electrónicamente por: LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO Validar únicamente con FIRMADO		

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	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.						4.			
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