

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		1270	CS. LA ESTANCILLA		A	1315197127							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SABANDO		MOREIRA		YOMIRA		JAMILETH	F	20/06/2002	22	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN					
963265563													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				6. Problemas de abastecimiento.					
MANABI		TOSAGUA		LA ESTANCILLA				7. Insuficiencia de profesionales.					
								8. Inadecuada capacidad resolutive					
								9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X			
				2. Falta de espacio físico.									
				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		NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MULTIGESTA DE 36.6 SEMANAS POR FUM 07/01/2024 Y FPP 13/10/2024 CON HO G2A1P1 CON GANANCI DE PESO DE 5.1KG SIENDO ADECUADO SEGUN LAS TABLAS EN ESTE MOMENTO REFIERE SENTIRSE BIEN BUEN ESTADO GENERAL NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE NO CONTRACCIONES UTERINAS UTILES NO LEUCORREA REALIZA SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS CON NORMALIDAD , SE ENVIA A GINECOLOGÍA PARA SU RAVALORACION Y PLANIFICACION DE PARTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TA 112/62 FC 78 FR 20XM T 36.8 SO99% PRESENTACION CEFALICO DORSO DERECHO FCF 150 LPM

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF								
1. SUPERVISION DE OTROS EMBARAZO NORMALES	Z348		X	4.							
2.				5.							
3.				6.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (Hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
19/09/2024	13:00:00	ORLANDO		ALVAREZ		VARGAS	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
803149673							

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								
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	