

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	1315378214																
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)															
QUIJIJE	LUCAS	NANCY	LIZBETH	F 07/09/1992 32	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X							
H	D	M	A																	
			X																	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN																	
0939685059 / 0990996546	Trabajo No Remunerado del Hogar	☒	☐																	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO																		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.</td><td>☒</td></tr><tr><td>☒</td><td>10.- FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.</td><td>☐</td></tr></table>			☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	☒	☒	10.- FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.	☐
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																		
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																		
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																		
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	☒																		
☒	10.- FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.	☐																		
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA																		
		<table><tr><td>☐</td><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☒</td><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td>☐</td></tr></table>				☐	1. Accesibilidad geográfica.	☐	☐	2. Falta de espacio físico.	☐	☐	3. Falta de equipamiento.	☐	☐	4. Equipos en mal estado.	☐	☒	5. Problemas de infraestructura.	☐
☐	1. Accesibilidad geográfica.	☐																		
☐	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	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGÍA.

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA 32 AÑOS CON APP: SOBREPESO, AGO G2 P2 C0 A0 FUM 02/03/2024, FPP: 07/12/2024, EMBARAZO NO PLANIFICADO. APF: MADRE CON HTA Y DM, ACTUALMENTE CON 32 SG POR FUM Y 33 POR BIOMETRIA FETAL ACTUAL CON PESO DE 2140GR.

SE RECIBE RESULTADO DE EX. DE LAB. HEMOGRAMA NORMAL. Hb. 12GR/DL. VIH, VDRL, TETS HEPATITIS Y TORCH. NO REACTIVOS.

UROANALISIS. TURBIO CON > 300DE GLUCOSA Y SE COMPRUEBA CON GLICEMIA CAPILAR EN 158 mg/dl. POR TANTO SE DIAGNOSTICA DIABETES GESTACIONAL.

POR ELLO SE INDICA HEMOGLOBINA GLICOSILADA, METFORMINA 500MG CADA 12 HORAS Y REFERENCIA A II NIVEL PARA VALORACIÓN MULTIDICIPLINARIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

UROANALISIS. TURBIO CON > 300DE GLUCOSA Y SE COMPRUEBA CON GLICEMIA CAPILAR EN 158 mg/dl. POR TANTO SE DIAGNOSTICA DIABETES GESTACIONAL.

NOTA: NO CONTAMOS CON INSULINA NPH EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, EN EL EMBARAZO	O249		X	4			X
2 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO,	Z359		X	5			
3 CONSEJO Y ASESORAMIENTO CONTRA ANICONCEPCIÓN	Z300		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
16/10/2024	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		