

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		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
QUIJIJE		LUCAS		NANCY		LIZBETH		F	07/09/1992	32	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0939685059 / 0990996546		MSP		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento.								
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA		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 GENERAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DAVIL"		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGÍA.	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA 32 AÑOS CON APP: SOBREPESO, AGO G2 P2 C0 A0 ACTUALMENTE CON 33 SG POR FUM 02/03/2024, FPP: 07/12/2024. APF: MADRE CON HTA Y DM.

AL EX. FÍSICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS. AR: MV NORMAL. ACV: RsCsRsS/STA: 114/66mmHg. MI SIN EDEMA. SCORE MAMÁ: 0.

EX. OBSTETRICO: AU: 32CM. MF+. FCF: 140LxM. POR RASTREO ECOGRAFICO 33 SG POR DBP. Y 35SG. POR CA.

Y NO SE PUDO CONTINUAR EL EX. POR FALTA DE ENERGIA ELECTRICA... FUE DIAGNOSTICADA EN EL ATERIOR CONTROL CON DIABETES GESTACIONAL.....

PENDIENTE CONTRAREFERENCIA DE II NIVEL POR PARIDAD SATISFECHA DESEA SALPINGECTOMIA...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EX. OBSTETRICO: AU: 32CM. MF+. FCF: 140LxM. POR RASTREO ECOGRAFICO 33 SG POR DBP. Y 35SG. POR CA. (22/10/24)

EX. GINECOLÓGICO NO EXPLORADO.. NIEGA FLUJO VAGINAL.....

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, EN EL EMBARAZO	O249		X	4			
2. SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	5			
3. CONSEJO Y ASESORAMIENTO SOBRE ANTICONCEPCION	Z300	Z302	X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
22/10/2024	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	