

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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                                   |  | 1408              | CS. BACHILLERO           | A             | 1315622843                       |                | 1315622843        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE |                                  | SEGUNDO NOMBRE |                   | SEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| BAZURTO                               |  | BASURTO           |                          | GEMA          |                                  | VALENTINA      |                   | M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 14-02-1998       | 26   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA    |                                  | DERIVACIÓN     |                   | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |      |                         |   |   |   |
| 962738470                             |  | NO TIENE          |                          | X             |                                  |                |                   | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.<br>6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  | PROVINCIA         |                          | CANTÓN        |                                  | PARROQUIA      |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  | MANABI            |                          | TOSAGUA       |                                  | BACHILLERO     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                  |                  |              |
|-------------------------|----------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA – CHONE | CONSULTA EXTERNA | GINECOLOGÍA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE PRIMIGESTA DE 26 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE RELEVANCIA, CURSA AL MOMENTO CON EMBARAZO DE 35 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM (24-04-2024), CON FPP 29-01-2025. CONTROLES PRENATALES SIN NOVEDADES APARENTE. REQUIERE CONTROL CON GINECOLOGÍA POR ENCONTRARSE EN ÚLTIMAS SEMANAS DE GESTACIÓN.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NINGUNO

E. DIAGNÓSTICO

|    | PRE= PRESUNTIVO                                | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|------------------------------------------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. | SUPERVISIÓN DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO |                 | Z349 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2. |                                                |                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3. |                                                |                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 26-12-2024                            | 11:00:00     | ERICK         |  | HIDALGO         |  | PARRA            |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |  |                  |  |
| 1311649907                            |              |               |  |                 |  |                  |  |

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           |  |                  |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |