

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	1315703346						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
DELGADO	LOOR	ANA	ELIZABETH	F	10/10/1998	26	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0978974557 / 0939929005	Seguro Campesino		X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO						
		2. Falta de espacio físico.								
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.						
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA	4. Equipos en mal estado.							
		5. Problemas de infraestructura.								
				6. Problemas de abastecimiento.						
				7. Insuficiencia de profesionales.						
				8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA.

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 26 AÑOS CON HO: G2 P0 A0 **C1 (18-07-2024)**. PIG CORTO < 1 AÑO. FUM INCIERTA, AL MOMENTO CON 25 SG POR RASTREO ECOGRAFICO, SITUACIÓN TRANSVERSA P. PODALICA. CON PESO 790gr. FCF: 150LxM. PLACENTA FUNDICA POSTERIOR, CERVIX CORTO... AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS AR: MV NORMAL, ACV: RsCsRs/S. TA: 117/70mmHg. MI SIN EDEMA, SCORE MAMA:0. SE REALIZA REFERENCIA A II NIVEL PARA PLANIFICAR CESÁREA Y SALPINGECTOMIA POR PARIDAD SATISFECHA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL MOMENTO CON 25 SG POR RASTREO ECOGRAFICO, SITUACIÓN TRANSVERSA P. PODALICA. CON PESO 790gr. FCF: 150LxM. PLACENTA FUNDICA POSTERIOR, CERVIX CORTO...

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA P	O342	X	4			
2	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358	X	5			
3				6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
26/03/2025	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		