

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	1315706679		1315706679						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
MARCILLO		HIDALGO		ADELAIDA		ANDREINA	F	26/12/1996	27	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN							
0981853313 - 0962337083		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.					
				2. Falta de espacio físico.					7. Insuficiencia de profesionales.					
				3. Falta de equipamiento.					8. Inadecuada capacidad resolutive					
				4. Equipos en mal estado.		X			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
				5. Problemas de infraestructura.										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
MANABÍ	TOSAGUA		TOSAGUA											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

EMBARAZADA DE 36.6 SEMANAS DE GESTACION, FUM CORREGIDO POR ECO (08/03/2024), FPP 13/12/2024, HISTORIA OBSTETRICA: E:2, P: 2 CESAREA(2013 -TRABAJO DE PARTO PROLONGADO- Y 2018), A: 0. APF: N/R, AP: SALUD APARENTE. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA DETERMINAR VIA DE PARTO, MATERNIDAD SATISFECHA, SOLICITA ESTERILIZACION.

RO: 5 ALTO (CONTROL PRENATAL ANTECEDENTES: 1 PTO :PIG MAYOR 5a , 2 PTOS: CICATRIZ UTERINA MAYOR A 32 SG; PATOLOGIA OBSTETRICA ACTUAL:ANEMIA MENOR A 10: 2PTOS.

Fecha: 16/10/2024 Lcdo/a: SAN LAB. Hb: 9.0g/dl, Hcto: 27.8%, Hematies: 3.90 x10⁶/L, Plaquetas: 168 mmc, Leucocitos: 6.68 mmc. (Lin 17.7, Seg 79.1, Mon 2.0, Eos 0.9, Bas 0.3),

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	4.			
2.	ESTERILIZACION	Z302		X	5.			
3.	ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O990		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
21/11/2024	9.00am	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINLAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	