

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	1343	CENTRO SALUD SAN ELOY	A	1315719847	1315719847		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
MENDOZA	MECIAS	DANIELA	ISABEL	F	1/11/1998	26	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO			
961416118	NO	X		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA					
MANABÍ	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE					

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 26 AÑOS CON EMBARAZO DE 30SG APP: SINDROME HELLP HACE 3 AÑOS EL BEBE FALLECIO AQX: CESAREA HACE 3 AÑOS 10 MESES AÑOS PIG 3 AÑOS 10 MESES, APF: NO REFIERE AGO.: G:2 A0 C1 P1, FUM: 31/07/2024 SEGURA FPP: 07/05/2025 RIESGO OBSTETRICO ALTO 6 PUNTOS(HELLP PREECLAMPSIA 3 PUNTO, CESAREA 2 PUNTOS, SOBREPESO 1 PUNTO) SCORE MAMA 0, PROTEINAS EN TIRAS NEGATIVA, ALERTA ORIENTADA, NO FIEBRE, NO SANGRADO, NO FLUJO VAGINAL TIPO DE SANGRE O +.

FECHA EXAMEN : 22/01/2025 REPORTA HEMOGLOBINA 11,3 g%, HEMATOCRITO 34,6 % PLAQUETAS 287 TSH: PENDIENTE NO REALIZA , GLUCOSA 86 ML, COLESTEROL: 286 TRIGLICERIDO:184, TORCH IG M: NEGATIVO, VDRL NEGATIVO VIH NEGATIVO CHAGAS NO REACTIVO HEPATITIS B Y C NEGATIVO, TSH PENDIENTE

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECO 06/2/2025: ASPECTO BIOFISICO NORMAL, POSICION CEFLICO, PESO. 1253 GR, SIN CIRCULAR, FCF: 145 ILA: NORMAL, FFP: 25/04/2028

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		X	4.		
2.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X	5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/3/2025	10:00	ELVA	TEJENA	LOOR
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311746802				

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		