

[illegible]

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIC ÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO					
M.S.P		1248	CENTRO DE SALUD CHONE		C	1315754307								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIONEDAD			
ANDRADE		ZAMBRANO		MARIA		EMILIA		M	03/03/2002	24	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X		DERIVACIÓN		X				
0987095941								MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.						
				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.						
				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive						X
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA								
MANABI				CHONE		CHONE								
				4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
M.S.P	HOSPITAL NAPOLEON DAVIDA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	ENDOCRINOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Usuaria de 24 años, con antecedentes de diabetes hace 3 años, Rh negativa, acude a control prenatal, cursa con embarazo de 20.4 semanas de gestación por Fecha de ultima menstruación 19/12/2025, refiere dolor lumbar de leve intensidad, infrecuente, estable, afebril al momento, al examen obstétrico altura uterina 23cm, feto único transverso, Frecuencia cardiaca fetal 118-122 xm, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, movimientos fetales presentes, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices, gasto urinario no cuantificable, oxigenoterapia, al ambiente, tirilla en orina negativo, Score mama (0), ganancia de peso inadecuada por déficit, se solicitan exámenes complementarios, trae ecografía realizada el 8/05/2026 en donde se reportan patología fetales, no ha sido referida a segundo nivel con endocrinología y ginecología, se realiza la respectiva referencia urgente, e IC con medicina familiar en primer nivel, Riesgo Obstetrico , categoría (5), tamizaje de violencia negativo, consulta de control en 15 días.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA DEL 8/05/2026, FETO UNICO, VIVO, PRESENTACION CEFALICA, FCF 77XM, PRESENCIA DE BRADIARRITMIA, CORAZON LIGERO AUMENTO , LEVOCARDIA ANGULO CARDIOFETAL 54, ABDOMEN FETAL PRESENCIA DE FLUIDO COMPATIBLE CON ASCITIS DE ETIOLOGIA A DETERMINAR, PESO ESTIMADO 386G, LIQUIDO AMNIOTICO EN CANTIDAD ADECUADA, HUESO NASAL VALORABLE

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF=	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
----------------	--	-----------------	------	-----	-----	-----	--	-----	-----	-----

E. DIAGNOSTICO		PRE= PRESENTIVO	DEF= DEFICITARIO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	DIABETES MELLITUS PREEXISTENTE TIPO 1 EN EL EMBARAZO			O240		X	4.			
2.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO			Z358		X	5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
1. NOMBRE Y APELLIDOS	DR. JUAN CARLOS GARCIA
2. DNI	3.456.789
3. CATEGORIA PROFESIONAL	ABOGADO
4. COLEGIO PROFESIONAL	COLEGIO DE ABOGADOS DE LA CIUDAD DE MADRID
5. DIRECCION DE OFICINA	CALLE DE LA JUSTICIA, 123. 28014 MADRID
6. TELEFONO	91 123 45 67
7. CORREO ELECTRONICO	juan.garcia@abogados.es
8. FIRMA	[Firma manuscrita]

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
11/05/2026	11H41	JANNINA	AMBROSSI	DE LA A
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO		
0913042487		 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA /DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÒN JUSTIFICADA	SI		NO
------------------------	----	--	----	--	------------------------	----	--	----



11

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIC ÓDIGO	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=	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
----------------	--	-----------------	------	-----	-----	-----	--	-----	-----	-----

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 CONTRAREEFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
1	Nombre y Apellido
2	DNI
3	Profesión
4	Matrícula
5	Fecha de Emisión
6	Fecha de Vigencia
7	Fecha de Caducidad
8	Fecha de Renovación
9	Fecha de Anulación
10	Fecha de Cancelación
11	Fecha de Reintegración
12	Fecha de Revalidación
13	Fecha de Reinscripción
14	Fecha de Reinscripción
15	Fecha de Reinscripción
16	Fecha de Reinscripción
17	Fecha de Reinscripción
18	Fecha de Reinscripción
19	Fecha de Reinscripción
20	Fecha de Reinscripción
21	Fecha de Reinscripción
22	Fecha de Reinscripción
23	Fecha de Reinscripción
24	Fecha de Reinscripción
25	Fecha de Reinscripción
26	Fecha de Reinscripción
27	Fecha de Reinscripción
28	Fecha de Reinscripción
29	Fecha de Reinscripción
30	Fecha de Reinscripción
31	Fecha de Reinscripción
32	Fecha de Reinscripción
33	Fecha de Reinscripción
34	Fecha de Reinscripción
35	Fecha de Reinscripción
36	Fecha de Reinscripción
37	Fecha de Reinscripción
38	Fecha de Reinscripción
39	Fecha de Reinscripción
40	Fecha de Reinscripción
41	Fecha de Reinscripción
42	Fecha de Reinscripción
43	Fecha de Reinscripción
44	Fecha de Reinscripción
45	Fecha de Reinscripción
46	Fecha de Reinscripción
47	Fecha de Reinscripción
48	Fecha de Reinscripción
49	Fecha de Reinscripción
50	Fecha de Reinscripción
51	Fecha de Reinscripción
52	Fecha de Reinscripción
53	Fecha de Reinscripción
54	Fecha de Reinscripción
55	Fecha de Reinscripción
56	Fecha de Reinscripción
57	Fecha de Reinscripción
58	Fecha de Reinscripción
59	Fecha de Reinscripción
60	Fecha de Reinscripción
61	Fecha de Reinscripción
62	Fecha de Reinscripción
63	Fecha de Reinscripción
64	Fecha de Reinscripción
65	Fecha de Reinscripción
66	Fecha de Reinscripción
67	Fecha de Reinscripción
68	Fecha de Reinscripción
69	Fecha de Reinscripción
70	Fecha de Reinscripción
71	Fecha de Reinscripción
72	Fecha de Reinscripción
73	Fecha de Reinscripción
74	Fecha de Reinscripción
75	Fecha de Reinscripción
76	Fecha de Reinscripción
77	Fecha de Reinscripción
78	Fecha de Reinscripción
79	Fecha de Reinscripción
80	Fecha de Reinscripción
81	Fecha de Reinscripción
82	Fecha de Reinscripción
83	Fecha de Reinscripción
84	Fecha de Reinscripción
85	Fecha de Reinscripción
86	Fecha de Reinscripción
87	Fecha de Reinscripción
88	Fecha de Reinscripción
89	Fecha de Reinscripción
90	Fecha de Reinscripción
91	Fecha de Reinscripción
92	Fecha de Reinscripción
93	Fecha de Reinscripción
94	Fecha de Reinscripción
95	Fecha de Reinscripción
96	Fecha de Reinscripción
97	Fecha de Reinscripción
98	Fecha de Reinscripción
99	Fecha de Reinscripción
100	Fecha de Reinscripción

FECHA (aaaa-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	