

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		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1315813038							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VARGAS	MERO		DOLORES		LUCIA		F	06/10/1998	26	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO					
0987593042-0986931996		NO						6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA						8. Inadecuada capacidad resolutive					
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
								X					
								X					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA		C. EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE EMBARAZADA DE 32.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FFUM: 14/12/2024, FPP: 20/09/2025, QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO, HISTORIA OBSTÉTRICA: G0. APP: NO REFIERE. QUIRÚRGICO: NO REFIERE ; TRAUMATOLOGICO, REFIERE FRACTURA DE CADERA NO ESPECIFICADA. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE LEVE DOLOR PELVICO, Y DE EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA QUE IMPIDE BUENA EXPLORACIÓN, BUEN APETITO , NIEGA LEUCORREA, NIEGA PERDIDAS DE LIQUIDO NIEGA SANGRADO VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AL MOMENTO SIGNOS VITALES: 102/60. FC: 85, FR: 19, T: 36,6, SAT: 97%. AFEBRIL. TRAE UROCULTIVO REPORTA: GERMEN IDENTIFICAD: ESCHERICHIA COLI, SENSIBLE: CEFTRIAXONA, CEFUROXIMA, FOSFOMICINA, GENTAMICINA, GENTAMICINA, NITROFURTOINA(alergia). SCORE MAMA: 0, RO: 7.AMERITA VALORACIÓPN POR ESPECIALIDAD

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

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.	INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO		O234		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/08/01	16:00			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓNJUSTIFICADA	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 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	