

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	1315866101	1315866101						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
MARCILLO	HIDALGO	PAULA	ANTONIA	F	26/06/1994	31	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO				
0993453577 / 0990820742							1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA					6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA					X			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MULTIGESTA DE 31 AÑOS CON HO: G3 P0 C2.- PIG LARGO, ACTUALMENTE CON 33 SEMANAS POR FUM: 21/04/2025..? Y FPP: 26/01/2026

ACTUALMENTE CON 33 SG CON ECOGRAFIA DEL 10/11/25.: APP: BAJA TAL: 1.43cm. AMENZA DE ABORTO E HIPEREMESIS GRAVIDICA EN I TRIMESTRE.

AL MOMENTO CON BEG; MANTIENE SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS Y SIGNOS VITALES NORMALES. AL EX. FISICO: MUCOSAS HIPO-CROMICAS AR: MV NORMAL, ACV: RsCsRs/S. SCORE MAMA: 0.

Ex.. OBSTETRICO: AU: 30cm MF+. FCF: 144 LxMIT. PRESENTACIÓN PODÁLICA. EX. GINECOLOGICO NO EXPLORADO (POR FALTA DE CONDICIONES E INSUMOS) NIEGA FLUJO.

EX DE LAB DE I, II, Y III TRIMESTRE NORMALES, SE REFIERE II NIVEL POR A.R.O POR DOS CESAREAS ANTERIORES, BAJA TALLA: 143cm. Y PARIDAD SATISFECHA DESEA SALPINGECTOMIA...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Ex.. OBSTETRICO: AU: 30cm MF+. FCF: 144 LxMIT. PRESENTACIÓN PODÁLICA. EX. GINECOLOGICO NO EXPLORADO (POR FALTA DE CONDICIONES E INSUMOS) NIEGA FLUJO.

PENDIENTE HEMOGRAMA Y TORCH DE TERCER TRIMESTRE.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA F	O342		X	4 ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	D509	X	
2 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	5			
3 CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCEPC	Z300/ Z302		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
15/12/2025	4:00:00 p. m.	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		