

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	1316230570								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDA D	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
RODRIGUEZ		ZAMBRANO		VALERIA		MONSERRATE		F	02/05/1995	30	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
988790635		NO APORTA		1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN		3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABI		TOSAGUA		4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutive				X		
		LAS MARAVILLAS		5. Problemas de infraestructura.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				X		

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

GESTANTE DE 30 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU CONTROL PRENATAL. CURSA EMBARAZO DE 36 SEMANAS POR FUM: 28/11/2014, FPP: 04/09/2025 NO CONFiable, Y 33.3 SEMANAS POR ECOGRAFIA INICIAL DEL TERCER TRIMESTRE EMBARAZO PLANIFICADO, APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE AGO: G03, C02, A01. ALERGIAS: NO REFIERE, GRUPO SANGUINEO: B* FACTOR RH NEGATIVO* GESTANTE NO SESIBILIZADA. PIG: 9 AÑOS, MENARQUIA: 13 AÑOS, INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 15 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, ESTADO CIVIL UNION LIBRE HACE 15 AÑOS. EN LA ACTUALIDAD REFIERE: SOFOCOS, CANSANCIO, INSOMNIO. NO SANGRADOS, POCO SECRESION VAGINAL. BLANCA, NO PERDIDA DE LIQUIDO VAGINAL. SCORE MAMA: 0, RIESGO OBSTETRICO ALTO 6. ECOGRAFIA OBSTETRICA DEL 8/8/2025 CON EMBARAZO DE 33.2 SEMANAS CON PARÁMETROS Y ANTROPOMETRIA DENTRO DE LO NORMAL FPP:23/09/2025. PESO. 2445 GR. EXAMENES DE LABORATORIO DEL 12/06/2025: SIFILIS : POSITIVO, AL EXAMEN FISICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 33 CM FREC. CARDIACA FETAL: 144LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES, PRESENTACION: CEFALICO . PROTEINURIA: NO HAY , MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA. CAMPOS PULMONARES: VENTILADOS Y SIN RUIDOS SOBREANADIDOS RUIDOS CARDIACOS: RÍTMICOS Y NORMOINTENSOS CON GANANCIA INADECUADA DE PESO PARA SU IMC PRECONCEPCIONAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA OBSTETRICAPRODUCTO ÚNICO VIVO CEFALICO, PESO: 2445 GR, SEXO FEMENINO, HN: VISTO, FCF: 148LPM, ILA: 14.5 GR, CORDON UMBILICAL CON 3 VASOS CIRCULAR SIMPLE A EL MOMENTO, PLACENTA FUNDICA ANTERIOR GRADO I, EMBARAZO DE 33.2 SEMANAS, FPP: 23/09/2025, BIOMETRIA FETAL: DBP: 8.82, CC: 31.39, LF: 6.5. EXAMENES DE LABORATORIO: SIFILIS TOTALES: POSITIVO

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNÓSTICO		PRE+ PRESUNTIVO	DEF+ DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO			Z358		X	4.			
2.	SIFILIS QUE COMPLICLA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO			O981		X	5.			
3.	ESTERILIZACION			Z302		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
07/08/2025	9:00	KATTY	CEDEÑO	RODRIGUEZ
6 FIRMA			SELLO	
1206699983				

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

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	