

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	1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1316237864						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LOOR	LOOR	MARIA	STEFANIA	F	07/02/1992	32	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO					
992256932	MSP		X		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							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOBSTERICIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE ADULTO JOVEN CON ALTO RIESGO OBSTERICO: APP DE PREECLAMPSIA, PERIODO INTERGENESICO LARGO, 2 CESAREAS ANTERIORES, INICIO DE EMBARAZO CON SOBREPESO. FUM 14 DE FEBRERO DEL 2024. SCORE MAMA 1. EXAMEN FISICO: RSCS RITMICOS Y NORMOFONETICOS, CSPA CLAROS Y VENTILADOS. ABDOMEN PROMINENTE, ALTURA UTERINA 35 CM. PRODUCTO CEFALICO, LONGITUDINA DORSO DERECHO. FCF 140 A 150 XM , ACTIVIDAD UTERINA NEGATIVA. EXTREMIDADES NO EDEMA.

SE REALIZA DOS CONTROLES EN ESTA CASA DE SALUD. BAJO EL CONTEXTO DE GESTANTE CON 2 CESAREAS ANTERIORES, SOLICITO VALORACION Y TTO ESPECIALIZADO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SEROLOGIA POR TRIMESTRE SUBIDA A LA PREVENCION COMBINADA.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDO A CIRUGIA PREVIA	O342		X	4.			
2.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO DE 35.1 SEMANAS	Z358		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
02/10/2024	16:04:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA Firmado electrónicamente por: IGNACIO XAVIER	SELLO	
1308639879				

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	