

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							
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		1248	CENTRO DE SALUD CHONE		C	1316320108		----							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
HERRERA		VERGARA		SILVIA		ESTEFANIA		M	21/4/1999	26	H	D	M	A	
														X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN								
099-533-7271															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO										
PROVINCIA					CANTÓN		DIRECIÓN		1. Accesibilidad geográfica.						
MANABI					CHONE				2. Falta de espacio físico.						
									3. Falta de equipamiento.						
									4. Equipos en mal estado.						
									5. Problemas de infraestructura.						
									6. Problemas de abastecimiento.						
									7. Insuficiencia de profesionales.						X
									8. Inadecuada capacidad resolutive						
									9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Paciente acude a control prenatal, cursa con embarazo de 34 semanas por Fecha de ultima menstruación 01/04/2025, trae resultados de laboratorio 21/11/2025 y ecografia 21/11/2025, paciente asintomatica, G3 P2 C1 A0 al examen fisico conciente, orientada no rash, no fiebre, no conjuntivitis, facies y conjuntivas rosadas, mucosa orales humedas, mamas simétricas no dolorosas, al examen obstetrico feto único vivo presentación cefálico, situación longitudinal, dorso derecho, altura uterina 35cm movimientos fetales positivos, frecuencia cardiaca fetal 145 al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores no edemas, no várices , proteína en orina no se realia nop hay tirilla , Score mama 0 , Ganancia de peso inadecuada Riesgo Obstetrico alto ,Escala de Riesgo (4 puntos) se explican signos de alarma y señales de peligro en caso de presentar alguno acudir a casa de salud de referencia, se realiza referencia a HNDC para cirugía y ligadura de trompas por paridad satisfecha.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

OTROS ANALISIS: HIV NO REACTIVO Hepatitis B (HBsAg) Negativo
BIOMETRIA HEMATICA: Hemoglobina 11.7 Hematocrito 35.2 Plaquetas 269
ACIDO LACTICO: Glucosa 104.5
Urea 12.40
Creatinina 0.84
Ácido Úrico 4.29
ULTRASONIDO: feto vivo cefalico , fcf 146 latidos movimientos fetales positivos embarazo 32.1 semanas por eco peso 1832 gramos, placenta posterior grado II.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	NOMBRES		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
25/11/2025	11:50:00	KAREN KATIUSKA		VIVAS		MICOLTA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA					
0803162742		Firmado electrónicamente por: KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA Validar únicamente con FirmaBC					

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
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		