

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	1316336229									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
HOLGUIN		SOLORZANO		MERCEDES		JESSENIA		F	16/05/2002	22	H	D	M	A	
														X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN							
0983631541		NO													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO							
				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABI		TOSAGUA	TOSAGUA		4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
					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 DR. NAPOLEON DAVILA		C. EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

GESTANTE DE 22 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU 8mo CONTROL FUM: 23/05/2024, FPP: 27/02/2025, CURSA CON 28.4 SEMANAS NO CONFIABLE, 28.6 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DEL 2/10/2024 EMBARAZO SI PLANIFICADO, APP: PREECLAMPSIA HACE 7 AÑOS, APF: HTA, DIABETES ABUELOS, AGO: G03, P01, A01, ALERGIAS: NO REFIERE, PIG: 1 AÑO, MENARQUIA: 12 AÑOS, INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 14 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, EN LA ACTUALIDAD, NIEGA SANGRADO TRANSVAGINAL, NIEGA SECRESION VAGINAL,REFIERE LEVE CEFALEA FRONTO OCCIPITAL DE FORMA INTERMITENTE, SCORE MAMA: 0 RIESGO OBSTÉTRICO MUY ALTO .

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

FRECUENCIA CARDIACA FETAL 151 LATIDOS POR MINUTOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO		Z358		X	4.			
2.	ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS		O321		X	5.			
3.	INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO		O234		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024/12/09	10..00	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

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 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	