

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	1316336484	1316336484					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEVALLOS	LOOR	SILVIA	GISSELA	M	19-08-1994	30	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO					
0978857348 / 0962544323	MSP	☒			☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA 30 AÑOS CON APP: *CLINICOS: DELGADEZ MODERADA, *AGO: G2C2P0A0 (FECHA ÚLTIMO PARTO 30/05/2018) FUM 21/04/2024. *QUIRURGICOS: CESAREAS (2), *ALERGICOS: NIEGA, *TOXICOLÓGICOS NIEGA, *AP FAMILIARES: NO REFIERE. ACUDE A QUINTO CONTROL PRENATAL DE TERCERA GESTA CURSANDO 33.1 SG POR FUM CONFIABLE CON FPP 26/01/2025, PERÍODO INTERGENSICO 6 AÑOS. AL MOMENTO SIN SINTOMATOLOGÍA DE INTERÉS. NIEGA SÍNTOMAS VASOMOTORES, NO SANGRADO TRANSVAGINAL, NO LEUCORREA, NO DISURIA, NO DOLOR PÉLVICO, SIGNOS VITALES: PA 97/60MMHG, FC 98LPM, FR 18RPM, SPO2 98%, T 36.5°C. PROTEINURIA NEGATIVA, SCORE MAMA 0. A LA VALORACIÓN OBSTÉTRICA: AU: 31CM, S: LONGITUDINAL, P: DORSO IZQUIERDO, P: PODALICO, FCF 145LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, INADECUADA GANANCIA DE PESO DURANTE LA GESTACIÓN. CATEGORIZACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO: 6 PUNTOS (ALTO).

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA 03/12/2024: FETO ÚNICO VIVO, DORSO IZQUIERDO, POSICIÓN PODALICO, CC 32.51CM, CA 28.95CM, LF 6.53CM, FCF 140LPM, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, PESO 2216.58GR, ILA 15.87CM, PLACENTA ANTERIOR MADURACIÓN GRADO I, EDAD US 33.2 SG. 17/10/2024: HGB 10.1, PLAQ 299, LEUCOS 7.74, TORCH IGM NEGATIVO, HEPATITIS B NEGATIVO, HEPATITIS C NEGATIVO, VIH 1+2 NO REACTIVO, SÍFILIS TOTALES NEGATIVO, EMO: BACT +, LEUCOS 10-20 x', HEMATÍES 1-3 x', NITRITOS NEG.

E. DIAGNÓSTICOS

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1			Z358		☒	3	ATENCIÓN MATERNA POR PRESENTACIÓN DE NALGAS	O321	☒
2			O342		☒	4	ANEMIA QUE COMPLICÓ EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O990	☒
					5		AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	O261	☒

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/12/2024	10.00	FELIX	VELIZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1309637757			 DISTRITO DE SALUD 13D12 Dr. Félix Humberto Veliz Giler ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. GENESC YT: 1027-2022-2414983	

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	