

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	1316461860	1316461860							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
TOALA	RODRIGUEZ	GISELLA	MONSERRATE	F	18/11/2001	24	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	MOTIVO							
985174166	NO TIENE	1. Accesibilidad geográfica. 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. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA										
MANABI	TOSAGUA	EL CERRO DEL JUNCO										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

SECUNDIGESTA DE 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL PRENATAL, CURSA EMBARAZO DE 29.6 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN 24/09/2025 FECHA PROBABLE PARTO: 01/07/2026, CONFIABLE, EMBARAZO NO PLANIFICADO, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: ABUELA DIABETES, GINECO-OBSTETRICO: G01, C01. PERIODO INTERGENESICO: 5 AÑOS. ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 14 AÑOS. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE BIEN POCO DE RESFRIADO, BUEN APETITO (5 COMIDAS), ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE, NO LEUCORREA , NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO PUNTAJE : 2.EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES. ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL. -EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES. ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL. -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 32 CM FREC. CARDIACA FETAL: 148 LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACION: PODALICO. PROTEINURIA (NO HAY EN LA UNIDAD), MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA, SCORE MAMA: 0 GANANCIA DE PESO ADECUADA PARA EDAD IMC PRECONCEPCIONAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA DEL 17/04/2026: PRODUCTO ÚNICO VIVO PODALICO DERECHO, BPD:74MM= 29.6 SEMANAS, CC: 278MM= 30.4 SEMANAS, AC: 258MM= 30.0 SEMANAS, FL: 58MM = 30.3 SEMANAS, SEXO FEMENINO,CORAZÓN 4 CÁMARAS, CORDÓN UMBILICAL NORMAL, PLACENTA POSTERIOR MADURACIÓN GRADO I/III, FCF: 143LPM, LA: NORMAL ILA: 15.95CM, HN: 11.4MM, EMBARAZO DE 30.1 SEMANAS, FPP:25/01/2026. FPP: 1528 GRAMOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES		Z348		X	4.			
2.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA		O342		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
21/04/2026	10:30	Katty	Cedeño	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	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 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		