

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	1316466463						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
							H	D	M	A		
SABANDO	CONFORME	YONAIRA	ISABEL	F	19/07/2002	23					X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
0991923716		NO			X			6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL												
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA										
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	C. EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO EMBARAZO ACTUAL DE 31.1 SEMANAS ACTUALMENTE, FPP: 27/11/2025. EMBARAZO NO PLANIFICADO, NO UTILIZABA ANTICONCEPTIVO, APP: NO REFIERE, APF: PADRE HTA. AGO: G01, P0 C01 A0. FIG: 5 AÑOS, ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 12 AÑOS, INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 16 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, ESTADO CIVIL UNIÓN LIBRE HACE 7 AÑOS, DOMICILIO SECTOR EL TAMBO. OCUPACIÓN AMA DE CASA. AL MOMENTO REFIERE LEVE DOLOR EN HIPOGASTRIO, NIEGA SANGRADO TRANSVAGINAL, REFIERE SECRESION VAGINAL BLANCA ESCASA, PRURITO VAGINAL LEVE E INTERMITENTE, SCORE MAMA: 2, RIESGO OBSTÉTRICO: 4 ALTO ANTECEDENTES CUP 1 OBESIDAD 3 INFECCION VAGINAL 2, AL MOMENTO ACUDE CON ECOGRAFIA LA QUE SE REPORTA Y EVIDENCIA PRESENTACIÓN DE NALGA DEL FETO. SE REFIERE PARA VALORACIÓN MULTIDICIPLINARIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
FCF	143 LATIDOS POR MINUTO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESENTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO			Z358		X	4.			
2.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA			O342		X	5.			
3.	ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS			O321		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024/09/30	10.:00	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO	
CONTRA REFERENCIA					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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNOSTICO		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