

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1316544475							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		GENERO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SABANDO	LUCAS		JENNY		JEHOMARA		F	25/07/1993	31	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
0991377390 / 0979989949	MSP						MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.						
			2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.						
			3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive		x				
PROVINCIA			CANTÓN		PARROQUIA		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		10.-				
MANABÍ			TOSAGUA		TOSAGUA		FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.		x				
			4. Equipos en mal estado.										
			5. Problemas de infraestructura.				X						

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DAVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

ESTANTE DE 31 AÑOS, CON H.O: G1 C1, (2018). ACTUALMENTE CON 38 SG POR FUM: 09/01/2024, FPP: 15/10/2024, Y 35 SG POR ECOGRAFIA DE II TRIMESTRE. AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS, AR: MV. NORMAL. ACV: RsCsRs/s Ta: 110/70mmHg MI SIN EDEMA. SCORE MAMA 0. SE CATEGORIZA COMO GESTACIÓN DE ALTO RIESGO POR: CESÁREA ANTERIOR, POCA GANANCIA DE PESO, IVUS, Y PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA... AL EX. OBSTÉTRICO: MF+. FC: 148LxM. P. CEFÁLICA. (EN RASTREO ECOGRÁFICO: 35 SG POR BIOMETRÍA FETAL con 2820GR. SE CONSTATA CIRCULAR SIMPLE DE CORDÓN U.) TAMBIÉN SE CONSTATA PEZONES INVERTIDOS POR LO QUE SE INDICA MEDIDAS ANTICIPATORIAS e I/C. con ginecología.

AL EX. OBSTÉTRICO: MF+. FC: 148LxM. P. CEFÁLICA. (EN RASTREO ECOGRÁFICO: 35 SG POR BIOMETRIA FETAL con 2820GR. SE CONSTATA CIRCULAR SIMPLE DE CORDÓN U.)

1	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PR	Q342		X	4	AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	O261	X
2	PLACENTA PREVIA CON ESPECIFICACION DE QUE NO HUBO HEMO	O440	X		5			
3	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO	Z359		X	6			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
01/10/2024	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO
1803403326					MEDICO FAMILIAR

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO
CONTRAREFERENCIA						REFERENCIA INVERSA					

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

[illegible]

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
		SELLO		