

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO PARRALES		APELLIDO MATERNO MOREIRA		NOMBRES GENESIS IVONNE		FECHA DE NACIMIENTO 6 11 1995		EDAD NAM	SEXO M
NACIONALIDAD ECUATORIANA		PAIS ECUADOR	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE 1316604998	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL MANABI CHONE CHONE		DIRECCION DOMICILIO POTRERILLO		Nº TELEFONICO 0967548705	
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA		CONVENCIONAL/CELULAR	

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HIST. CLINIC Nº 1316604998	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CENTRO DE SALUD CHONE		TIPO C	DISTRITO/AREA 13D07	
REFIERE O DERIVA A:					FECHA	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDO	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA		4 9 2024
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

Limitada capacidad resolutive	1 ☒	Saturación de capacidad instalada	4 ☐
Ausencia temporal del profesional	2 ☐	Otros/ Especifique	5 ☐
Falta de profesional	3 ☐		

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Paciente cesareada anterior hace 11 años por preeclampsia acude a control prenatal, cursa con embarazo de 36 semanas, al examen obstetrico altura uterina 36cc, FCF 140xm, feto único presentación cefálico, situación longitudinal, dorso derecho, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices , proteína en orina negativo , Score mama 0, movimientos fetales presentes , no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso adecuado, riesgo obstetrico alto se refiere a segundo nivel.

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

.UREA 20.10 mg / dL [10 - 50] CREATININA 1.00 mg / dL [0.5 - 1.1] TGO/AST 26.00 U / L [0 - 31] TGP/ALT 24.00 U / L [0 - 32] COLESTEROL TOTAL * 313.00 mg / dL [0 - 200] TRIGLICERIDOS * 271.00 mg / dL [0 - 150]

5. DIAGNOSTICO

	CIE -10	PRE	DEF
1 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X
2			
3			

NOMBRE DEL PROFESIONAL: OBST.JANNINA AMBROSSI CÓDIGO MSP 0913042487 FIRMA

III CONTRAREFERENCIA:

1. DATOS INSTITUCIONALES 3 ☐ REFERENCIA INVERSA 4 ☐

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA	
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:						
ENTIDAD DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNOSTICO

	CIE -10	PRE	DEF
1			
2			

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA: CODIGO MSP FIRMA

7. REFERENCIA JUSTIFICADA	
---------------------------	--