MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1316605284	1316605284

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
SABANDO	MUENTES	DOLORES	JESSENIA	F	09/06/1995	29				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
0991617056//0995247017	NO REFIERE

REFERENCIA ☐ DERIVACIÓN ☐

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA

MOTIVO

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. X
8. Inadecuada capacidad resolutiva X
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios ☐

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL CHONE	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑOSDE EDAD QUE ACUDE ESTA CASA DE SALUD CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS CLINICA NO REFIERE ; ALERGIA…NO REFIERE; QUIRURGICO CESAREA ANTERIORES 2; AGO G2A0P0C2. FUM15/06/2025 FPP 22/03/2025….;HOSPITALIZACIONES…NO REFIERE; TOXICOSNIEGA .;FARMACOS PROPIAS DEL EMBARAZO .QUE ACUDE CURSANDO EMBARAZO DE 33.6 SEMANAS DE GESTACION POR FUM Y 32.4 SEMANAS DE GESTACION POR ECO(REALIZADA 9/09/2024 CON 11.2SG) AL DIA DE HOY REFIERE SENTIRSE BIEN,NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIO,NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES, NIEGA SINTOMAS VASO MOTORES, REFIERE DOLOR LEVE INTENSIDAD EN HIPOGASTRIO NIEGA SINTOMAS URINARIOS. NEGA PERDIDA DE LIQUIDO MOCO O SANGRE. EXAMEN FISICO CABEZA NORMOCEFAL; CUELLO NO ADENOPATIAS;TORAX CSPSCLAROS Y VENTILADO; LSCS RITMICOSNO SOPLOS,ABDOMEN GLOBULOSO OCUPADO POR UTERO GRAVIDO DE ALTURA UTERINA 32CM PRESENTACION CEFALICO _DORSODERECHO_ FCF 136LXM MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS, ACTIVIDAD UTERINA _NEGATIVA AL TACTO VAGINAL CUELLO UTERINO OCI Y OCE _CERRADO PLANO ALTO_, EXTREMIDADES SIMETRICA NO EDEMA,BUEN TONO MUSCULAR SCORE MAMA PA: 98/50 FC: 80FR:20 SAT:98 GLASGOW: 15/15 PROTEINA: NEGATIVA TOTAL :3 —;RIESGO OBTETRICO: —ALTO ALTO ANTECDENTES 3 NUTRICONAL1

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ECOGRAFIA REALIZADA EL 31/01/2025 PRODUCTO UNICO VIVO PRESENTACION CEFALICO DORSO IZQUIERDO BPD 81 CM CC297 MM AC289 MM
FL 63MMESTOMAGO PRESENTESEXO FEMENINO CORAZON CUATRO CAMARASCORDON UMBILICAL NORMAL PLACENTA POSTERIOP GRADO I
TONO FETAL NORMALESFCF137LPM HUESO NASAL VISTO 9,4 MM ESPESOR PRESNASAL 5,1 MM EDAD GESATCIONAL 32,6 FPP22/03/2025
PESO 2077 GRAMOS

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	O358						
2.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342						
3.	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
2025/02/05		FELIX	VELIZ	GILER

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1309637757	Firmado electrónicamente por: FELIX HUMBERTO VELIZ GILER	Dr. Félix Humberto Véliz Giler ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE		CIE	PRE	DEF
1.							
2.							
3.							

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