

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	CS. TOSAGUA	C	1316632460	1316632460					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDEÑO	HIDALGO	LUISA	FERNANDA	F	30/09/2004	21	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0963883464 / 0936550642		X								
		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.								
		8. Inadecuada capacidad resolutive		X						
		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PRIMIGESTA DE 21 AÑOS, APP: OBESIDAD, AL MOMENTO CURSA EMBARAZO DE 31 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM: 04/09/2025 FPP: 11/06/2026, AHORA SOLICITA REFERENCIA A GINECOLOGIA. SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, CON GANANCIA EXCESIVA DE PESO EN LA ACTUAL GESTACIÓN EN ESPECIAL EL ÚLTIMO MES Y GLICEMIA: 93gr/dL. TA: 130/70mmHg. MI CON EDEMA G*1 FC: 100 Lat x Mit.- SCORE MAMA: 1. EX. OBSTETRICO: AU: 30cm. MF +, FCF: 140 Lat x Mit. Ex. GINECOLOGICO NO EXPLORADO. (NIEGA FLUJO) POR ELLO SE INDIA RECOMENDACIONES GENERALES, Ex. DE LAB.- COMO PROTEINURIA, ECOGRAFIA OBSTÉTRICA E I/C.- CON NUTRICIÓN, PSICOLOGIA Y GINECOLOGIA EN II NIVEL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

GLICEMIA: 93gr/dL. TA: 130/70mmHg. MI CON EDEMA G*1 FC: 100 Lat x Mit.- SCORE MAMA: 1. EX. OBSTETRICO: AU: 30cm. MF +, FCF: 140 Lat x Mit. Ex. GINECOLOGICO NO EXPLORADO. (NIEGA FLUJO)

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	O260		X	4			
2. SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIF	Z359		X	5			
3.				6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
13/04/2026	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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		