

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	1316634706								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MOREIRA		DUEÑAS		JESSICA		LEONELA	F	20/01/1995	30	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0989740033 / 0963854627							MOTIVO						
				1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.						
				2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.						
				3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutoria						
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
MANABÍ		CHONE	CHONE	5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 30 AÑOS CON HO: G2 P1 A0 C0. PIG LARGO DE 11AÑOS (CON DISCAPACIDAD POR PCI x HIPOXIA ESTUVO EN NEONATOLOGIA 3 SEMANAS) APP DE OBESIDAD G°III Y PARALIS DE BELL. ACTUALMENTE CON 32 SG POR FUM: 04/02/2025 Y FPP: 11/11/2025.AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS AR: MV NORMAL, ACV: RsCsR/S.- MI SIN EDEMA SCORE MAMA:0.

AL RASTREO ECOGRAFICO SE CONSTATA FETO UNICO VIVO DE 32 SEMANAS POR BIOMETRIA FETAL (DBP: 8.16c: CC: 29.14cm. CA: 27.8cm. LF: 6.3cm)

CON BUENA VITALIDAD POR MOVIMIENTOS ACTIVOS Y FCF: 142LxMIT. PRESENTACIÓN CEFÁLICA . PESO ESTIMADO FETAL: 1986gr PLACENTA G°II.

EX. GINECOLOGICO NO EXPLORADO... SE RECIBE RESULTADOS DE EX. DE LAB DE III TRIMESTRE NORMALES...EXCEPTO UROANALISIS CON + NPOR ELLO SE INDICA TRATAMIENTO Y REFERENCIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL RASTREO ECOGRAFICO SE CONSTATA FETO UNICO VIVO DE 32 SEMANAS POR BIOMETRIA FETAL (DBP: 8.16c: CC: 29.14cm. CA: 27.8cm. LF: 6.3cm)

CON BUENA VITALIDAD POR MOVIMIENTOS ACTIVOS Y FCF: 142LxMIT. PRESENTACIÓN CEFÁLICA . PESO ESTIMADO FETAL: 1986gr PLACENTA G°II.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS DE BELL	G510		X	4	OBESIDAD G° III	E66	X
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	5			
INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	O235		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
16/09/2025	4:00:00 p. m.	LOIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Sello de Autenticación por QR		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	