

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	1316696374							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
LOOR	LUCAS	ROCIO	MARIBEL	F	25/08/1997	27	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO					
0994393391 / 0939191520			☒			6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.								
PROVINCIA			2. Falta de espacio físico.								
CANTÓN			3. Falta de equipamiento.								
PARROQUIA			4. Equipos en mal estado.								X
MANABÍ			5. Problemas de infraestructura.								X
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

EMBARAZADA DE 33 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM 18/12/2024 FPP 24/09/2025, 34 SG POR PRIMER ECO FPP ECO: 18/09/2025 ALTO RIESGO POR DOS CESÁREAS ANTERIORES

AL EX. FÍSICO: MUCOSAS HIPO-CROMICAS AR: MV NORMAL, ACV: RsCsRs/s TA: 110/70mmHg MI EDEMA+ SCORE MAMA: 0

AL RASTREO ECOGRAFICO: FETO ÚNICO VIVO EN PRESENTACIÓN CEFÁLICA, CON BUENA VITALIDAD POR MOVIMIENTO ACTIVOS Y FCF: 152L x MINUTO, CON 33.5 SG, POR BIOMETRIA FETAL, PLACENTA DE IMPLANTACIÓN BAJA G° II. ILA: NORMAL. PESO FETAL ESTIMADO: 2.476gr.

EX. GINECOLOGICO NO EXPLORADO. (NIEGA FLUJO)... EX. DE III TRIMESTRE NORMALES...

SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA POR PARIDAD SATISFECHA PARA PROGRAMAR CESÁREA Y SALPINGECTOMIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL RASTREO ECOGRAFICO: FETO ÚNICO VIVO EN PRESENTACIÓN CEFÁLICA, CON BUENA VITALIDAD POR MOVIMIENTO ACTIVOS Y FCF: 152L x MINUTO, CON 33.5 SG, POR BIOMETRIA FETAL, PLACENTA DE IMPLANTACIÓN BAJA G° II. ILA: NORMAL. PESO FETAL ESTIMADO: 2.476gr.

E. DIAGNÓSTICOS	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. ATENCIÓN MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA P	O342		X	4			
2. SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	5			
3. CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCEPC	Z302		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/08/2025	12.00	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	