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
MSP	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1316732039	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
CONFORME	ANDRADE	MARIA	LEONOR	F	21/03/2006	19				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
0980065193-0988074995	NO

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA

REFERENCIA X DERIVACIÓN

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 resolutiva X
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	C. EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

FEMENINA ACUDE A CONTROL PRENATAL ACOMPAÑADA DE UNA AMIGA(ANDREA DUQUE 2300796378) ANTECENDENTES PERSONALES //ALERGIAS: NO REFIERE //APQX NO REFIERE //ANTECDENTES GINECOBTETRICOS _PRIMIEGESTA_. Su embarazo es de carácter NO planificado PERO SI ES DESEADO, NO USO DE método anticonceptivo SOCIOECONOMICO: MADRE SOLTERA La fecha de última menstruación (13/08/2025 NO confiable, y el embarazo fue confirmado POR EXAMEN BETA HCG CUALITATIVA. EL DIA DE HOY CURSA EMBARAZO DE 30.2 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM. POR ECOGRAFIA 21.4 SG (CON ECO REALIZADA EL 22/12/2025 CON 10 SEG) Desde su ingreso, la paciente presenta buen estado general. NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIO, NIEGA SÍNTOMAS URINARIOS, NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES , REFIERE APETITO CONSERVADO. Y NAUSEAS MATUTINAS, NIEGA PERDIDAS VAGINALES DE LIQUIDO MOCO O SANGRE. SCORE MAMA 0 RIESGO OBSTÉTRICO 4 NUTRICIONAL 3 SOCIO-ECONÓMICO 1. VIVE SOLA NO REDES DE APOYO****MANIFIESTA PACIENTE QUE LABORATORIOS NO SE LOS PUDO REALIZAR Y EN UNIDAD NO CONTAMOS CON INSUMOS**NI CON ECOGRAFIA****AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

FCF 152 LATIDOS POR MINUTO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	Z340		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/02/09	16:00	YOLANDA	CEDEÑO	CEDEÑO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1311762940	Firmado electrónicamente por: YOLANDA CAROLINA CEDENO CEDENO Validar únicamente con FirmaEC	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÒN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÒNJUSTIFICADA	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