

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	1316743853		1316743853						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDA D	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LOPEZ		LOOR		MARIA		JOSE		F	09/08/2000	25	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
993425601		NO APORTA		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
PROVINCIA		CANTÓN		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
MANABI		TOSAGUA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X						
		ESTANCILLA		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X						
				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		CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PRIMIGESTA DE 25 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL PRENATAL. TRAE ECOGRAFIA INICIAL DEL 1/03/2025 EMBARAZO DE 10.6 SEMANAS FPP: 21/09/2025, ACTUALMENTE: 34.5 SEMANAS. QUE NO COINCIDE CON FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN: 15/12/2024, FECHA PROBABLE PARTO: 21/09/2025, CURSA 34.6 SEMANAS. CONFIABLE, EMBARAZO PLANIFICADO, APP: NO REFIERE, APF: PADRE DIABETES, MADRE HTA. HERMANA CON PRECLAMPSIA. AGO: G0, ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 12 AÑOS, INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 20 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1. EN LA ACTUALIDAD: HORMIGUEO Y EDEMA EN MANOS Y PIES, BUEN APETITO. ORINA Y DEFECA NORMAL. NO SANGRADOS, NO PERDIDA DE LIQUIDO, SI SECRESION VAGINAL, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE. RIESGO OBSTÉTRICO ALTO. PUNTAJE: 4*. AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 34 CM FREC. CARDIACA FETAL: 145LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES, PRESENTACION: CEFALICO. PROTEINURIA NO HAY EN LA UNIDAD, MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA NO REFIERE SANGRADO TRANSVAGINAL SI LEUCORREA, SIGNOS VITALES: PA: 145/97, FC:87X; SAT: 98%, T: 36°C, FR: 20X SCORE MAMA: 4 CAMPOS PULMONARES: VENTILADOS Y SIN RUIDOS SOBREAÑADIDOS RUIDOS CARDÍACOS: RÍTMICOS Y NORMOINTENSOS CON GANANCIA EXCESIVA DE PESO PARA SU IMC PRECONCEPCIONAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

EXAMENES LABORATORIO: 15/08/2025: HIV 1 + 2 Antígeno P24 No reactivo. VDRL: No reactivo. Hepatitis B (HBsAg) Negativo. (CHAGAS) ANTICUERPOS IgG CHAGAS:Negativo. GLOBULOS ROJOS: 4.36, HB: 13.2, HCTO: 39.0. PLAQUETAS: 291.GLOBULOS BLANCOS: 8.19. UROANALISIS: ANORMAL.

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO		Z358			X	4.				
2.	HIPERTENSION ESENCIAL PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO		O100			X	5.				
3.							6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
15/08/2025	13:23	KATTY		CEDEÑO		RODRIGUEZ	
FIRMA				SELLO			
1206699983							

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

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	