

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		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1316798212		1316798212					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
HIDALGO	ALVAREZ		DIANA		CAROLINA	F	2006-06-11	19	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
0988552939 - 0968324356		MSP				MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.								
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.								
MANABI		TOSAGUA	TOSAGUA	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								
				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 NAPOLEÓN DÁVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOBSTETRICIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS PRIMIGESTA CURA EMBARZO DE 14 SEMANAS POR FUM: 29-01-2026 FPP: 05-11-2026 AGO: MENARQUIA 13 AÑOS. IVS: 14 AÑOS NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES 4. ITS NO REFIERE. APP: NO REFIERE APF NO REFIERE, RIESGO OBSTERICO ALTO (GESTANTE DE 19 AÑOS (1), DISFUNCIÓN FAMILIAR (1), GLUCOSA>92 (2), CONDILOMATOSIS (2). SCORE MAMA 0. SIN REDES DE APOYO, SOLTERA. AL MOMENTO REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR SENSACIÓN DE DESMAYO, CEFALEA Y VISION BORROSA AL PONERSE DE PIE, NIEGA ACTIVIDAD UTERINA HIDORREA U OTROS SIGNOS DE ALARMA. ADEMÁS REFIERE HACE 2 SEMANAS PRESENTÓ LESIONES EN LA PARTE VULVAR. AL EXAMEN FISICO CON PRESENCIA DE LESIONES PAPILOMATOSAS DE ASPECTO VERRUGOSO, MULTIPLES, DE COLORACION BLANQUECINA ROSADA, UBICADAS EN MUCOSA DE VULVAR INTERNA, PREDOMINANTE EN CARA INTERNA DE LABIO MENOR IZQUIERDO CON EXTENSION HACIA REGIÓN PERINEAL POSTERIOR.SE NECESITA VALORACION POR ESPECIALIDAD + TRATAMIENTO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRÁFIA 23-04-2026: RODUCTO UNICO VIVO BDP: 17.6 MM QUE CORRESPONDE A 12.5 SEMANAS CC: 61 MM QUE CORRESPONDE A 12.2 SEMANAS AC: 50 MM QUE CORRESPONDE A 12.0 SEMANAS FL 7,3 MM QUE CORRESPONDE A 12,2 SEMANSS CRL: 52 MM QUE CORRESPONDE A 12,2 SEMANAS PLACENTA ANTERIOR MADUREZ GRADO 0/III FRECUENCIA CARDIACA 163 LPM LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL HUESO NASAL 2,3 MM TN 1,1 MM DUCTUS VENOSO: IP 0,80 INDICE DE RESISTENCIA ARTERIA UTERINA DER 0.84 SE OBSERVA NOTCH PROTODIASTOLICO SE OBSERVA HEMATIMA RETROCORIAL DE 17 MM X 12 MM EDAD US 12,1 SEMANAS EFW: 54 GRAMOS. LEUCOCITOS 9,92 NEUTROFILOS 6,98 LINFOCITOS 22,42 HEMOGLOBINA 12,2 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO 80.0 HEMOGLOBINA 27.0 FACTOR RH GRUPO SANGUINEO O + GLUCOSA 93, 5 COLESTEROL TOTAL 192.92 TRIGLICERIDOS 189.14 UREA 19.80 BUM 9.24 CREATININA 0.68 TSA FILTRACIÓN GLOMERUAL 131 TGO 12.50 TGP 15.20 TOXOPLASMA IGG POSITIVO TOXOPLASMA IGM NEGATIVO RUBEOLA IGM NEGATIVO CITOMEGALOVIRUS IGG IGM NEGATIVO HERPES I IGG HERPES I IGM NEGATIVO HERPES II IGG HERPES II IGM NEGATIVO EMO: GLUCOSA NEGATIVO PROTEINAS NEGATIVO SANGRE NEGATIVO NEGATIVO EXAMEN MICROSCOPICO 3.5 BACTERIAS ESCASAS CELULAS EPITELALES MODERADAS FILAMENTOS MUCOSOS + CRISTALES FOSFATOS AMORFOS +++

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	VERRUGAS (VENEREAS) ANOGENITALES	A630	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-07	16:00:00	JOSSENKA	PINCAY	BENAVIDES
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FRMA	SELLO	
1314513027				

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

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		FRMA	SELLO	

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA