

# A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                             |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                |                                 |
|---------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA<br>MSP              | UNICÓDIGO                   | ESTABLECIMIENTO DE SALUD<br>CS San Bartolomé                                                                                                                                                                                                                                         | TIPOLOGÍA<br>A          | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA<br>1310605587 | NÚMERO DE ARCHIVO<br>1316805194 |
| PRIMER APELLIDO<br>García                   | SEGUNDO APELLIDO<br>Delgado | PRIMER NOMBRE<br>Suley                                                                                                                                                                                                                                                               | SEGUNDO NOMBRE<br>Suley | SEXO<br>F                                      | FECHA NACIMIENTO<br>07/01/17    |
| NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                             | REFERENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                           | MOTIVO                  |                                                |                                 |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                  |                             | <input type="checkbox"/> 1. Accesibilidad geográfica<br><input type="checkbox"/> 2. Falta de espacio físico<br><input type="checkbox"/> 3. Falta de equipamiento<br><input type="checkbox"/> 4. Equipos en mal estado<br><input type="checkbox"/> 5. Problemas de infraestructura    |                         |                                                |                                 |
| PROVINCIA<br>Manabí                         | CANTÓN<br>Solor             | <input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento<br><input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales<br><input checked="" type="checkbox"/> 8. Inadecuada capacidad resolutoria<br><input type="checkbox"/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |                                                |                                 |

# B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                                |                                                                    |                              |                                           |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA<br>MSP | ESTABLECIMIENTO DE SALUD<br>Hospital General Nipobon San Bartolomé | SERVICIO<br>Consulta externa | ESPECIALIDAD<br>Ginecología y Obstetricia |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------|

# C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente Premujer de sexo femenino de 17 años de edad, pp no refiere dolor, no refiere náuseas, no refiere vómitos, no refiere fiebre, no refiere dolor de cabeza, no refiere dolor de estómago, no refiere dolor de espalda, no refiere dolor de articulaciones, no refiere dolor de ojos, no refiere dolor de oídos, no refiere dolor de nariz, no refiere dolor de garganta, no refiere dolor de pecho, no refiere dolor de abdomen, no refiere dolor de pelvis, no refiere dolor de extremidades, no refiere dolor de cabeza, no refiere dolor de estómago, no refiere dolor de espalda, no refiere dolor de articulaciones, no refiere dolor de ojos, no refiere dolor de oídos, no refiere dolor de nariz, no refiere dolor de garganta, no refiere dolor de pecho, no refiere dolor de abdomen, no refiere dolor de pelvis, no refiere dolor de extremidades.

# D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Se envían elementos de laboratorio

# E. DIAGNÓSTICO

| DIAGNÓSTICO                            | PRE- PRESUNTIVO | DEF. DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|----------------------------------------|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Supuración de embrión de 14 semanas |                 |                 |     |     | X   |     |     |     |
| 2.                                     |                 |                 |     |     |     |     |     |     |
| 3.                                     |                 |                 |     |     |     |     |     |     |

# F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                   |                                                                                                                                              |                 |                  |
|---------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm)   | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 8/01/2025                             | 15:30             | Gabriel                                                                                                                                      | Intriago        | Zamorano         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA             | Dr. Gabriel Intriago Zamorano<br>ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA<br>Reg. MSP. 1310605587<br>Reg. SENESCYT. 1027-2022-2414969 |                 |                  |
| 1310605587                            | Intriago Zamorano |                                                                                                                                              |                 |                  |

# G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

# A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA | 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

|                            |  |
|----------------------------|--|
| RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |  |
|----------------------------|--|