

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	1317002226		1317002226					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BAZURTO		VILLAPRADO		DIANA		ELIZABETH	F	25/03/2001	23	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0959621738 - 0993431082		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		X	7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA			8. Inadecuada capacidad resolutiva						
				4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				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

EMBARAZADA DE 29.6 SEMANAS DE GESTACION POR FUM (14/06/2024) QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO, FPP 21/03/2025, HISTORIA OBSTETRICA: E:2, P: 1 (CESAREA POR PARTO PROLONGADO 2019), A: 1 (2017). APP: IVU A REPETICION EN EL EMBARAZO, SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORAR VIA DE PARTO.

PESO INICIAL: 50.3 Kg, PESO ACTUAL: 55.9Kg, GANANCIA DE PESO: 5.60Kg. (GANANCIA INADECUADA)(IMC:22.6)

RO: 3 BAJO (CONTROL PRENATAL ANTECEDENTES: ABORTO 1 PTO, FACTORES PELVICOS- GENITALES: IVU A REPETICION 2 PTOS.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	Z348		X	4. INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	O234	X
2. ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X	5.		
3. AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	O261		X	6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
07/01/2025	10.00 am	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINCAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

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 DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	
							