

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	1317075842	1317075842					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BARRE	LEONES	MARÍA	DANIELA	F	04/09/1994	31	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0981848324 / 0959158807			X							
				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 resolutive		X				
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DAVIDA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MULTIGESTA DE 31 AÑOS, HO: G4 A0 C0 P3.- ACUDE POR CONTROL PRENATAL, FUM: 07/09/2025, FPP: 14/06/2026, ACTUALMENTE CON 33 SG. APP: PREECLAMPSIA EN EL PUERPERIO.

AL EX. FÍSICO: CON AUMENTO EXCESIVO DE PESO, ACANTOSIS NIGRICANS . MUCOSAS NORMOCROMICAS. AR: MV NORMA, ACV: RsCsRs/SS.- TA: 100/60mmHg MI CON EDEMA +. SCORE MAMA: 0

EX. OBSTETRICIO. AU: 33cm. MF +. PRESENTACIÓN: CEFÁLICA. FCF: 140 Lat x Mit.- EX. GINECOLOGICO: NO EXPLORADO (REFIERE DISMINUCIÓN DEL FLUJO CON EL TRATAMIENTO ANTERIOR).

EX. DE I Y II TRIMESTRE NORMALES. SE INDICA EX. DE III TRIMESTRE INCLUIDO P.T.O.G. Y REFERENCIA A II NIVEL POR SOLICITAR SALPINGECTOMÍA POR PARIDAD SATISFECHA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SCORE MAMA: 0

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	O260		X	4 CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCE	Z302	X	
2 ACANTOSIS NIGRICANS	L830		X	5			
3 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
28/04/2026	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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 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		