

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	1317108783	1317108783										
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)										
MARCILLO	BASURTO	XIOMARA	STEFANIA	H 19-06-2002 22	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X		
H	D	M	A												
			X												
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN												
0991097218 / 0960534218	MSP	X													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO													
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.												
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA	<table><tr><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td></td></tr><tr><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>X</td></tr><tr><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>X</td></tr><tr><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.</td><td></td></tr><tr><td>10.- FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.</td><td></td></tr></table>			6. Problemas de abastecimiento.		7. Insuficiencia de profesionales.	X	8. Inadecuada capacidad resolutive	X	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		10.- FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.	
6. Problemas de abastecimiento.															
7. Insuficiencia de profesionales.	X														
8. Inadecuada capacidad resolutive	X														
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.															
10.- FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.															

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PRIMIGESTA DE 22 AÑOS RH NEGATIVA CON PAREJA RH POSITIVA, APP DE SOBREPESO, CURSA EMBARAZO DE 25.4 SG POR FUM CONFIABLE DEL FUM 13/05/2024 CON FPP 17/02/2025.AL MOMENTO ASINTOMATICA, NIEGA SINTOMAS VASOMOTORES, NIEGA SANGRADO TRANSVAGINAL, NO LEUCORREA, NO DISURIA, NO DOLOR PÉLVICO. SIGNOS VITALES FC 90X', PA 102/60MMHG, FR 18X', TEMP 36.5°C, SPO2 99% AIRE AMBIENTE, GLASGOW 15/15, PROTEINURIA NEGATIVA, SCORE MAMA 0. A LA EXAMINACION OBSTETRICA MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, AU 27CM, FCF 135 LPM. INADECUADA GANANCIA DE PESO CORPORAL GESTACIONAL. PRESENTA VALORES DE GLUCOSA BASAL TOMADOS EN DISTINTAS SEMANAS DE GESTACION CON RESULTADOS >92 MG/DL. CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO: 4 PUNTOS (ALTO). SE REALIZA REFERENCIA A 2DO NIVEL PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD Y APLICACION DE INMUNOGLOBULINA ANTI-D.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

15/10/2024 LABORATORIOS: HB 11.4, PLAQ 298, LEUCOS 8.87, GLUCOSA BASAL 98, CREATININA 0.6, A URICO 3.60, COLESTEROL TOTAL 230, TG 151, TGO 25.88, TGP 29.69, TGP 29.69, PROTEINAS TOTALES 7.67, VDRL NO REACTIVO, HEPATITIS B NEGATIVO, VIH NO REACTIVO, CHAGAS NEGATIVO, MALARIA NEGATIVO, NEGATIVO, MALARIA NEGATIVO, ASTO 405.7. EMO NO PATOLOGICO.

21/10/2024 ECOGRAFIA: "PRODUCTO UNICO VIVO PODALICO DORSAL DERECHO SEXO FEMENINO, FCF 150 LPM, IL 15.75, PESO 657 GR, EDAD US 24.1 SG"

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X 4				
2 ATENCION MATERNA POR ISOINMUNIZACION RHESUS	O360		X 5				
3 DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, EN EL EMBARAZO	O249		X 6				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
08-11-2024	11:00:00 a. m.	JUAN JOSÉ	ZAMBRANO	PINCAY
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1310509771		ESPECIALISTA EN MEDICINA 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		