

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	C. S TOSAGUA	TIPO C	1317375051	1317375051							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
CEVALLOS	COABOY	GÉNESIS	GEOMARA	F	09/02/2003	22	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	MOTIVO						
992723419		NO TIENE				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA										
MANABI	TOSAGUA	LA VAINA										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

SECUNDIGESTA DE 23 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU SEGUNDO CONTROL PRENATAL, CURSA EMBARAZO DE 28.6 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN 05/09/2025 FECHA PROBABLE PARTO: 12/06/2026, CONFIABLE, EMBARAZO NO PLANIFICADO, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: ABUELA HTA, GINECO-OBSTETRICO: G01, C01. PERIODO INTERGENESICO: 1 AÑO 8 MESES. ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 12 AÑOS. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE BIEN POCO DE RESFRIADO, BUEN APETITO (5 COMIDAS), ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE, SI LEUCORREA BLANCA, NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO PUNTAJE : 2.EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES. ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL. -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 28 CM FREC. CARDIACA FETAL: 135 LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACION: CEFALICO. PROTEINURIA (NO HAY EN LA UNIDAD), MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA NO REFIERE SANGRADO TRANSVAGINAL, SCORE MAMA: 0 GANANCIA DE PESO ADECUADA .

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

2026-02-23 OTROS ANALISIS Autoinmunes e Infecciosas Hepatitis B (HBsAg) Negativo Hepatitis C (HCV) Negativo TRYPAÑOZOMA CRUZI (CHAGAS) ANTICUERPOS IgG CHAGAS Negativo Serología HIV 1 + 2 Antígeno P24 No reactivo Sifilis Totales Negativo. 2026-03-21 OTROS ANALISIS BIOMETRIA HEMATICA; GLOBULOS BLANCOS: 10.600, GLÓBULOS ROJOS: 3'454.000, HB:10.4, HCTO:31.4, PLAQUETAS: 211.000.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES			Z348		X	4.			
2.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA			O342		X	5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
13/04/2026	13:30	Katty	Cedeño	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1206699983				

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		