

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	1317449229	1317449229					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO	DELGADO	LADY	MARÍA	F	03/07/2001	24	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0989875717 / 0985329737			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 BAHIA "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 24 AÑOS CON HO: G2. A0 P0 **C1 (POR PREECLAMSA)** 2020. ACTUALMENTE CON 30 SG POR PRIMERA ECOGRAFIA. FUM: NO PRECISA...

AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS AR. MV NORMAL. ACV: RsCsRs/S/S.- REFIERE QUE LE INDICARON METILDOPA PERO QUE NO TIENE ACTUALMENTE...?

AL MOMENTO CON TA: 110/70mmHg. MI SIN EDEMA SCORE MAMA: 0. AL EX. OBSTETRICO: AU:32cm MF+ FC: 148 LAT. X MINUTO.

EX. GINECOLOGICO NO EXPLORADO (NIEGA FLUJO...) SE INDICA RECOMENDACIONES GENERALES, CALCIO EL ACIDO ACETIL SALICILICO, EX. DE LAB Y ECO DE III TRIMESTRE.

SE REFIERE A II NIVEL PARA SU RE-EVALUACIÓN Y POR PARIDAD SATISFECHA SOLICITA QUE LE REALICEN SALPINGECTOMIA...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL MOMENTO CON TA: 110/70mmHg. MI SIN EDEMA SCORE MAMA: 0. AL EX. OBSTETRICO: AU:32cm MF+ FC: 148 LAT. X MINUTO.

E. DIAGNÓSTICOS	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA P	O342		X	4			
2 OBESIDAD, G° III.	E66		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
21/11/2025	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		