

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	1317584629								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDA D	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
GARCIA		BRAVO		STEFANIE		ISABEL		F	21/08/2011	14	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
993786206		NO TIENE		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
MANABI	TOSAGUA	LOS MICOS		4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				
				5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOISPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PRIMERIZISTA ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA POR SU 4TO CONTROL PRENATAL AL EL MEMENTO ACOMPAÑADA POR SU HERMANA DAYANA GARCIA BRAVO, CURSA EMBARAZO DE 3 SEMANAS DE GESTACION POR ECOGRAFIA OBSTETRICA INICIAL. FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: NO RECUERDA, FECHA PROBABLE DEL PARTO: 10/11/2025, HISTORIA OBSTETRICA: G:0 ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE MUY BIEN , BUEN APETITO (4 COMIDAS), ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE, SI LEUCORREA AMARILLA, NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL. SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO ALTO PUNTAJE: 6. SE REVISÓ ECOGRAFÍA OBSTETRICA DEL 12/8/2025 CON EMBRAZO DE 27.1 SEMANAS CON PARÁMETROS DE ANTROPOMETRIA FETAL DENTRO DE LO NORMAL ACORDE A LA EDAD GESTACIONAL, PRODUCTO DE SEXO MASCULINO, PESO: 1032GR, FPP: 10/11/2025. EXÁMENES PENDIENTES POR REALIZAR 1/9/2025. NO SE HA VACUNADO CON DTA HASTA LA FECHA DE HOY REFIERE QUE NO LA HAN DICHO. -AL EXAMEN FISICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 29 CM FREC. CARDIACA FETAL: 145LPM MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES, PRESENTACION: CEFALICO. PROTEINURIA NO HAY EN LA ORINA. MIEMBROS INFERIORES: NO EFEMA NO REFIERE SANGRADO TRANSVAGINAL - SCORE MAMA: 0

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PRODUCTO ÚNICO VIVO CEFALICO. BPD: 67MM= 27.1SEMANAS, CC.51MM= 27.2 SEMANAS, AC: 226MM= 27.0 SEMANAS, FL: 51MM= 27.1 SEMANAS, ESTOMAGO PRES

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO			Z358		X	4.			
2.	SUPERVISION DE PRIMIGESTA MUY JOVEN			Z356		X	5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
01/09/2025	15:00	Katty	Cedeño	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA	
1206699983			SELLO	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓ 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

[illegible]

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

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	