

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1317654497		1317654497						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDA D	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
PROAÑO		LOOR		SILVANA		STEFANIA		F	04/06/2003	22	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
983486244		NO APORTA		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN		3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive						
MANABI		TOSAGUA		4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
LA ATRAVEZADA				5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE SECUNDIGESTA DE 22 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU CONTROL PRENATAL, CURSA EMBARAZO DE 29 SEMANAS POR FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: 23/03/2025, FECHA PROBABLE PARTO: 28/12/2025, NO CONFIABLE, EMBARAZO NO PLANIFICADO, APP: NO REFIERE, APF: PADRE DIABÉTICO E HTA. G01: C01 PIG: 1 AÑO 2 MESES, ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 12 AÑOS, ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE SENTIRSE BIEN, BUEN APETITO (5 COMIDAS), ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE, SI LEUCORREA AMARILLO, NO PERDIDAS DE LÍQUIDO NO SANGRANROS VAGINAL, - AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO PUNTAJE : 3. AL EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES. ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL. -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETICO: ALTURA UTERINA: 29 CM FREC. CARDIACA FETAL: 135 LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACION: INDETERMINADA. PROTEINURIA (NEG), MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA NO REFIERE SANGRADO TRANSVAGINAL. SCORE MAMA: 0 GANANCIA DE PESO INADECUADA PARA EDAD IMC PRECONCEPCIONAL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA: 25/08/2025: PRODUCTO ÚNICO VIVO PODALICO DORSAL IZQUIERDO, BPD: 54MM=22.3 SEMANAS, CC: 196MM= 21.6 SEMANAS, AC: 170MM= 22.0 SEMANAS, FL: 39MM= 22.5 SEMANAS, CEREBELO 39MM= 22.1 SEMANAS, CISTERNA MAGNA 4.76MM,ESTOMAGO PRESENTE, SEXO MASCULINO,CORAZÓN 4 CÁMARAS, CORDÓN UMBILICAL NORMAL, PLACENTA INSERION BAJA MADURACION GRDO I/III,TONO FETAL NORMAL, FCF: 150LPM,LA: NORMAL, ILA: 14.89CM, HN: 6.4MM, EMBARAZO DE 22.2 SEMANAS, FPP:21/12/2025.PESO: 489GR.

E. DIAGNÓSTICO

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	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14/10/2025	13:40	KATTY	CEDEÑO	RODRIGUEZ
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

[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

[illegible]

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