

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	1317665725		1317665725						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDA D	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BASURTO		CEDEÑO		KATIUSKA		TATIANA		F	07/11/2006	19	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
963065974		NO APORTA		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
				2. Falta de espacio físico.		X		7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
MANABI		TOSAGUA		LAS CARMELITAS		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				
				5. Problemas de infraestructura.		X								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		BOX AMARILLO		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

SECUNDIGESTA DE 19 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU SEGUNDO CONTROL PRENATAL, AUN QUE REFIERE HABERSE REALIZADO CONTROLES EN CENTRO DE SALUD SAN AGUSTIN DE KM 20 POR QUE SE ENCONTRABA VIVIENDO EN EL SECTOR SANTA GEMA, PERO NO TIENE REGISTRO EN EL SISTEMA PRAS, TAMPOCO TIENE LIBRETA INTEGRAL, NI EXÁMENES DE LABORATORIO ACTUALES, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU SUEGRA (MIARA MEJÍA). A EL MOMENTO CURSA EMBARAZO DE 37.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: 22/03/2025 FECHA PROBABLE PARTO: 27/12/2025, Y POR ECOGRAFÍA DEL TERCER TRIMESTRE 37,4 SEMANAS, HISTORIA OBSTETRICA: G:1, P:01, PIG: 3 AÑOS. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE LEVE DOLOR BAJO VIENTRE, NO LEUCORREA , NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO PUNTAJE : 1. AL EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES. ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL. -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 37 CM FREC. CARDIACA FETAL: 147LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES, PRESENTACION: CEFALICO. PROTEINURIA: NO HAY EN LA UNIDAD, MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA, SCORE MAMA: 0.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EXAMENES DE LABORATORIO: 27/11/2025: Hepatitis B (HBsAg) Negativo Hepatitis C (HCV) Negativo TRYPAÑOZOMA CRUZI (CHAGAS) ANTICUERPOS IgG CHAGAS Negativo Serología HIV 1 + 2 Antígeno P24 No reactivo Sífilis Totales Negativo. ECOGRAFIA OBSTETRICA 9/12/2025: ÚTERO GESTANTE FETO ÚNICO VIVO CEFALICO, BIOMETRIA FETAL: CC: 34.02OCM= 38 SEMANAS, CA: 33.27= 37 SEMANAS, LF: 7.03CM= 37.2 SEMANAS, FCF. 153LPM, PESO:3149GR, MF: ACTIVOS, PLACENTA ANTERIOR GRADO II/III, LIQUIDO AMNIÓTICO: 14.71CM, SE OBSERVA CIRCULAR DE CORDÓN ÚNICA, GESTACIÓN DE 37.4 CM FPP: 26/12/2026

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE INSUFICIENTE ATENCION PR		Z353		X	4.			
2.	ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO		O99		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (H:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/12/2025	9:00	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

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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 (H:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			SELLO	