

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	1317725925		1317725925						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDA D	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MUÑOZ		MERO		YULISA		JAMILETH		F	11/09/2001	24	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
990885088		NO APORTA		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
PROVINCIA		CANTON		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.								
MANABI		TOSAGUA		EL PARAISO		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		X						

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 MULTIGESTA DE 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU PRIMER CONTROL PRENATAL, TRAE PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE DEL16/10/2025 RESULTADO: POSITIVO. FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN: 10/09/2025, FECHA PROBABLE PARTO: 17/06/2026, CURSA 6.2 SEMANAS CONFIABLE, EMBARAZO NO PLANIFICADO, APP: ISOIMUNIZACIÓN POR FACTOR RH (NEGATIVO) EN LA GESTACION ANTERIOR , APF: ABUELA HTA, AGO: G03, A02, C01. (HACE 4 AÑOS POR RPM Y PRESENTACIÓN PODALICO) PIG: 1 AÑO, ABORTO. ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 13 AÑOS, INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 16 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 3, ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE :5 AÑOS.. EN LA ACTUALIDAD REFIERE DOLOR EN LAS MAMAS Y LEVE DOLOR PELVICO, NAUSEAS,MAREOS BUEN APETITO (3 COMIDAS). ORINA Y DEFECA NORMAL. NO SANGRADOS, SI SECRESION VAGINAL BLANCA, RIESGO OBSTETRICO: ALTO. PUNTAJE: 6. CON GANANCIA DE PESO ADECUADA PARA LA EDAD GESTACIONAL. SCORE MAMA: 0; EXAMEN OBSTETRICO ALTURA UTERINA NA, FETALES INDIFERENTES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

EXAMENES DE LABORATORIO Y ECOGRAFIA OBSTETRICA SOLICITADA.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO		Z358		X	4.			
2.	ATENCION MATERNA POR ISOINMUNIZACION RHESUS		O360		X	5.			
3.	RVISIÓN DE EMBARAZO CON OTRO RIESGO EN LA HISTORIA OBSTÉTRICA O REPRODU		Z352		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
11/11/2025	8:30	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 EXAMENES 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	