

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1317731931							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
PROAÑO	DELGADO	RAYSSA		YURIKO	F	07/09/2000	24	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
959421743-0967960173		MSP										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.									
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	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									
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD CON AGO: G1 C1 P0 A0. FUM 06/03/2024 POR LO QUE CURSA CON EMBARAZO DE 35 SEMANAS DE GESTACION. EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO POR: OBESIDAD, CESAREA ANTERIOR #1, PERIODO INTERGENESICO CORTO, HERMAMA CON PREECLAMPASIA. POR TAL RAZON TRATAMIENTO CON ASA 100MG AL ACOSTARSE, CALCIO 500MG CON EL ALMUERZO, PREVENCIÓN DE ANEMIA CON HIERRO+ ACIDO FOLICO UNA TABLETA 10 AM. PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE, LACTANCIA, PLANIFICACION FAMILIAR. SCORE MAMA 0. EXAMEN FISICO: RSCS RITMICOS Y NORMOFONETICOS, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, ABDOMEN PROMINENTE ALTURA UTERINA 33 CM, PRODUCTO UNICO DE PRESENTACION CEFALICO DORSAL IZQUIERDO, FCF 145LPM. ACTIVIDAD UTERINA NEGATIVA. EXTREMIDADES NO EDEMA. BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO VALORACION Y TRATAMIENTO POR ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SEROLOGIA POR TRIMESTRE SUBIDA EN PREVENCIÓN COMBINADA

E. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDO A CESAREA PREVIA		O342		X	4.			
2.	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO DE 35 SEMANAS		Z358		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
06/11/2024	8.30:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1308639879				

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	

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA