

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		1338	RESBALÓN	A	1350375794							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
PARRAGA	PONCE		VERONICA		MONSERRATE	F	19/6/2002	22	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
986730199-0961436504				X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 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				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL												
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA									
MANABI	CHONE		CHONE									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS CON APP: CALCULOS RENALES, APF: NO REFIERE, AGO: G2 P0 C1 A1. FUM: NO RECUERDA. PACIENTE CON EMBARAZO DE 31 SEMANAS Y 2 DIAS SG POR ECO DE PRIMER TRIMESTRE (REALIZADO EL 16 DE SEPTIEMBRE 2024 CON 10.1 SG) FPP: 13/04/2025. PACIENTE CON RIESGO OBSTÉTRICO DE 4 PUNTOS (CUP 2P+ ABORTO 1P+SOBREPESO 1P). PACIENTE CON PARIEDAD SATISFECHA DESEA LIGADURA. TRAE ECOGRAFIA REALIZADA EL 07/02/2025 CON EMB DE 30.3 SG. ACUDE A SU CUARTO CONTROL DE EMBARAZO, AL MOMENTO MANIFIESTA PICAZON EN AREA GENITAL, SECRECION BLANQUECINA Y DISURIA A PESAR DE HABER SIDO TRATADA CON CEFALEXINA 500 MG. TRAE EXAMENES DE LAB: UROCULTIVO REPORTA ESCHERICHIA Y CULTIVO DE SECRECION VAGINAL REPORTA LACTOBACILLUS SPP Y STAPHYLOCOCCUS COAGULASA-NEGATVO.SE LE REALIZA PROTEINURIA NEGATIVA Y PRUEBA DE HIV, SIFILIS, HEPATITIS C Y B NEGATIVAS. TRATAMIENTO: HIERRO+ACIDO FOLICO QD, HIERRO POLIMALTOSADO AMPOLLA BEBIBLE POR 15 DIAS, NITROFURANTOINA 100 MG VO C/12H X 7 DIAS, OVULOS ETRON+NISTATINA POR 10 NOCHES. PARA LA SIGUIENTE CONSULTA SE SOLICITA EXÁMENES DE LABORATORIO FALTANTES: TIEMPO DE COAGULACION, UREA, CREATININA, AC URICO, PALUDISMO, TSH, T3 Y T4, EMO, FRESCO, GRAM, GOTA FRESCA.SE INDICAN SEÑALES DE ALARMA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HB 10.5 G/DL, HCTO 32.6%, PLAQUETAS 188, GB 8.82, LINF 27.2, NEUT 65.1, GLUCOSA88.5, COLESTEROL 221, TRIGLICERIDOS 157.5, VLDL 31.5, UREA 21, CREATININA 0.70, AST 17, ALT 34, TORCH NEGATIVO, T. COAGULACION 5.20, *TP 20*, INR 1.79, ACTIVIDAD PROTROMBINICA 46, TTP 29.9, TIPO DE SANGRE O+, CULTIVO DE SECRECION VAGINAL: LACTOBACILLUS SPP Y STAPHYLOCOCCUS COAGULASA-NEGATIVO, CULTIVO DE ORINA:ESCHERICHIA COLI MAYOR A 100.00 UFC

E. DIAGNÓSTICO

PREL. PRESENTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	Z348		X	4.			
2.	INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	234		X	5.			
3.	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	235		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
13/2/2025	10H00	MARIA		ABAD	GUILLEM
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1311894222					

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	TIPOLOGÍA	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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PREL. PRESENTIVO	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	