

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	CS. TOSAGUA	C	1350558282						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
GARCIA	CEVALLOS	ESPERANZA	MARGARITA	F	17/01/2006	18	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0960087579 / 0968258518		MSP	X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO						
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	6. Problemas de abastecimiento.						
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA	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 G. DE CHONE. " Dr. NAPOLEON DAVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA-OBSTETRICIA.

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADOLESCENTE FEMENINA DE 18 AÑOS CON HO: G2 P0 C0 A1(2022) ACTUALMENTE CON EMBARAZO DE 33 SEMANAS POR FUM: 17/03/2024 Y FPP: 22-12-2024.

AL MOMENTO CON BEG, AL EX. FÍSICO: MUCOSAS HIPOCROMICAS. AR: MV NORMAL. ACV: RsCsRs/S. TA: 110/70mmHg. MI SIN EDEMA. SCORE MAMÁ: 0.

CON APP DE ANEMIA EN EL ACTUAL EMBARAZO POR Hb: 8,7gr/dl. DEL 3/09/2024...REFIERE QUE LE APLICARON HIERRO INTRAVENOSO... (SE INDICA HEMOGRAMA COMPLETO)

AL EX. OBSTETRICO AU:31CM MF+ CON 32 SG POR BIOMETRIA EN RASTREO ECOGRAFICO Y CON PRESENTACIÓN PODALICA...

Ex. GINECOLOGICO NO EXPLORADO, REFIERE LEUCORREA POR ELLO SE INDICA TRATAMIENTO SX Y EX. COMPLEMENTARIOS COMO EXUDADO CON CULTIVO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EX. OBSTETRICO AU:31CM MF+ CON 32 SG POR BIOMETRIA EN RASTREO ECOGRAFICO Y CON PRESENTACIÓN PODALICA...

Hb: 8.7GR/DL.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO	Z358	X	4	SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE ABORTO	Z351	X
2	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	D649	X	5			
3	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	O235	X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
05/11/2024	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1803403326			MEDICO FAMILIAR	

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	