

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE					
CÓDIGO INSTITUCIÓN:					
NOMBRE INSTITUCIÓN:					
DIRECCIÓN:					
TURNO:					
FECHA:					
HORA:					
USUARIO:					
PACIENTE:					
PROFESIONAL:					
SERVICIO:					
DIAGNÓSTICO:					
TRATAMIENTO:					
OTROS:					

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO					
M.S.P		1248	CENTRO DE SALUD CHONE		C	1350580286								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIONACIÓN			
RODRIGUEZ		RODRIGUEZ		LIZA		ROXANA		M	29/11/1994	31	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
								MOTIVO						
0969941408				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN		3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutoria				X		
MANABI		CHONE		4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
M.S.P	HOSPITAL NAPOLEON DAVIDA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECO-OBSTETRICIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Usuaria de 31 años, terci gesta secundipara , con antecedentes de Bocio desde hace 4 años, acude a control prenatal, cursa con embarazo de 33,4 semanas de gestación por Fecha de ultima menstruación 26/05/2025, estable, afiebril al momento. al examen obstétrico altura uterina 33cm, feto único cefálico, situación longitudinal, dorso derecho, Frecuencia cardiaca fetal 138xm, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, movimientos fetales presentes , Extremidades: Inferiores No edemas, no várices, proteína en orina no se realiza por no contar con tirillas, gasto urinario no cuantificable, oxigenoterapia, aire ambiente, se reevaluan signos vitales al finalizar la atención los cuales se encuentran dentro de parametros normales, Score mama (0) , ganancia de peso inadecuada por deficit, se solicitan exámenes complementarios y ecografía e interconsultas con medicina familiar,tamizaje de violencia negativo, Riesgo Obstetrico alto por antecedentes de peso, edad, y patología ,categoría (4) ,tamizaje de violencia negativo, trae resultado de tes de O Sullivan negativo, Referida a segundo nivel.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

hgb 11.4 hematies 414 hcto 34.2 leucocitos 5910 neutrófilos 72 linfocitos 20, Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo Método: Inmunocromatografía HIV 4ta Generación No reactivo Método: Inmunoquimioluminiscencia VDRL No reactivo, glucosa en ayunas 70.25 mg/dl, administracion de glucosa oral 50g, a la 1 hora 105mg/dl, a la 2 hora 113.28mg/dl, glucosuria negativo

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUN TIVO	DEF=	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
----------------	--	------------------	------	-----	-----	-----	--	-----	-----	-----

1.	Supervision de embarazo dealto riesgo	z358	X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
15/01/2026	14H18	JANNINA	AMBROSSI	DE LA A
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
0913042487		 Firmado electrónicamente por: JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A Validar únicamente con FirmaEC		

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	UNIC ÓDIGO	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=	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 (xxxx-xx-xx)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	