

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	1350870570						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VERA	BASURTO	ANDREA	MICHELLE	F	13/10/2003	22	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0959180218 / 0980376335		X	MOTIVO							
/		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
		5. Problemas de infraestructura.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE “Dr. NAPOLEÓN DÁVILA”	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PRIMIGESTA DE 21 AÑOS CON EMBARAZO DE 33 SEMANAS POR FUM... INCIERTA.? AL MOMENTO CON BEG, CON CONTROLES PRENATALES Y LAB. INSUFICIENTES...

AL EX. FÍSICO: SE OBSERVA MULTIPLES LESIONES EN LA PIEL TIPO PAPULAS ... NO INFECTADAS AL MOMENTO... MUCOSAS HIPO-CROMICAS ACV: RsCsRs/s.- TA: 110/60mmHg SCORE MAMA: 0.

AL RASTREO ECOGRAFICO SE OBSERVA FETO ÚNICO VIVO CON BUENA VITALIDAD POR MOVIMIENTOS ACTIVOS Y FCF: 140Lx MINUTO. PRESENTACIÓN PODÁLICA.

CON 33 SG POR BIOMETRIA FETAL Y PESO ESTIMADO FETAL 2013GR... PLACENTA ANTERIOR G° II. ILA NORMAL. Ex. GINECOLOGICO NO EXPLORADO.

SE REALIZA REFERENCIA A II NIVEL POR PRESENTACIÓN PODALICA PARA PROGRAMAR CESAREA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL RASTREO ECOGRAFICO SE OBSERVA FETO ÚNICO VIVO CON BUENA VITALIDAD POR MOVIMIENTOS ACTIVOS Y FCF: 140Lx MINUTO. PRESENTACIÓN PODÁLICA.

E. DIAGNÓSTICOS	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO,	Z359		X	4			
2 HALLAZGO ULTRASONICO ANORMAL EN EL EXAMEN PRENATAL D	O286		X	5			
3				6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
21/10/2025	4:00:00 p. m.	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		