

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	C. S TOSAGUA	TIPO C	1351013865	1351013865								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ALAVA	PARRAGA		JOSSELYN		NATHALY	F	02/02/2009	17	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
995514854		NO TIENE				MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
MANABI		TOSAGUA	EL VERDUM		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				
				5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PRIMIGESTA DE 17 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL PRENATAL CURSA EMBARAZO DE 30 SEMANAS POR FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN: 22/07/2025, FECHA PROBABLE PARTO: 28/04/2026, EMBARAZO NO PLANIFICADO, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: ABUELO HTA, TIAS DIABETES, ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS: G0, ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 12 AÑOS, INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES: 15 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, ESTADO CIVIL: SOLTERA, OCUPACION: ESTUDIANTE, EN LA ACTUALIDAD REFIERE MAREOS, BUENO APETITO (3 COMIDAS), ORINA Y DEFECA NORMAL, NO SANGRADOS, SI SECRESION VAGINAL, RIESGO OBSTETRICO BAJO, PUNTAJE 1. AL EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES. ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL. -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 30 CM FREC. CARDIACA FETAL: 131 LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACION: PODALICO, PROTEINURIA (NO HAY EN LA UNIDAD), MIEMBROS INFERIORES: NO EDEMA NO REFIERE SANGRADO TRANSVAGINAL, SCORE MAMA: 0 GANANCIA DE PESO ADECUADA PARA EDAD IMC PRECONCEPCIONAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

9/1/2026: Hepatitis B (HBsAg) Negativo Hepatitis C (HCV) Negativo TRYPANOSOMA CRUZI (CHAGAS) ANTICUERPOS IgG CHAGAS Negativo Serología HIV 1 + 2 Antígeno P24 No reactivo Método: Inmunocromatografía TIPIFICACION SANGUÍNEA RH (D) Grupo Sanguíneo O Factor Rh Positivo VDRL No reactivo.CULTIVO DE SECRECION VAGINAL: PIOCITOS 8-12 X CAMPO, CELULAS EPITELIALES:+++, BACTERIAS. +++, ORGANISMO LEVADURIFORMES: POSITIVO, CULTIVO PARA CANDIDA ALBICANS: POSITIVO. 13/02/2026: CULTIVO DE ORINA: MICROORGAISMO: ENTEROCOCCUS FAECALIS, ANTIBIOTICO: AMPICILINA: <=2 SENSIBLE

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL		Z340		X	4.			
2.	INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO		O234		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
18/02/2026	15:00	Katty	Cedeño	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1206699983				

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	