

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	1351295595							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
SANCHEZ	LOOR	SANDRA	MARIA	F	12/03/2006	19	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO						
0993667352 /0962745175		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.									
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.							
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA	3. Falta de equipamiento.							
				4. Equipos en mal estado.							X
				5. Problemas de infraestructura.							X
				6. Problemas de abastecimiento.							
				7. Insuficiencia de profesionales.							
				8. Inadecuada capacidad resolutive							
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL G. DE CHONE. " Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PRIMIGESTA ADOLESCENTE DE 19 AÑOS, REFERIDA POR SER O Rh (-). CON EMBARAZO DE 26.5 SG POR FUM: 28/09/2024 Y FPP: 06/07/2025.

AL MOMENTO CON BEG. AL EX. FÍSICO: MUCOSAS HIPO -CROMICAS, AR: MV NORMAL, ACVG: RsCsRs/S TA: 110/70mmHg MI CON EDEMA +. SCORE MAMA:0

AL EX. OBSTETRICO: MF+. AU: 27CM. AL RASTREO ECOGRAFICO: PRESENTACIÓN CEFÁLICA, CON 26.5 SG POR BIOMETRIA FETAL, FCF: 140LxMINUTO, PESO FETAL: 974gr, PLACENTA POSTERIOR LATERAL DERECHA DE INSERCIÓN BAJA.. G°/II. ILA 7ml.

EX. GINECOLOGICO NO EXPLORADO REFIERE LEVE LEUCORREA GRUMOSA.. SE INDICA TRATAMIENTO.

SE REFIERE A II NIVEL PARA VACUNA ANTI D DE RHOGAM POR ISOINMUNIZACIÓN Rh -.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EX. OBSTETRICO: MF+. AU: 27CM. AL RASTREO ECOGRAFICO: PRESENTACIÓN CEFÁLICA, CON 26.5 SG POR BIOMETRIA FETAL, FCF: 140LxMINUTO, PESO FETAL: 974gr, PLACENTA POSTERIOR LATERAL DERECHA DE INSERCIÓN BAJA.. G°/II. ILA 7ml.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1	ATENCION MATERNA POR ISOINMUNIZACION RHESUS	O360	X	4	D509		X
2	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358	X	5			X
3				6			X

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
01/04/2025	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		