

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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						
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1351351299		1351351299						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SANCHEZ		CHEVEZ		ERIKA		LOURDES	F	30/06/2009	15	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0983361470-0990041257		NO COBERTURA		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL													
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA											
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

PRIMIGESTA DE 15 AÑOS DE EDAD QUE CURSA EMBARAZO DE 33.3 SEMANAS DE GESTACION POR FUM (10/06/2024) Y 32.5 DG POR ECOGRAFIA (27/07/2025 CON 6.1 SG) SIN ANTECEDENTES PATOLOGÍAS DE AL MOMENTO EN 33.5 CM OBTRICTICO

7(ANTECEDENTES(2) PATOLOGÍAS OBTRICTIC ACUAL IVU+ ANEMIA +RH NEGATIVO NO INMUNIZADA 5) SCORE MAMA PA113/60 FC93 FR20 T 36.5 SAT 98 PROTEINA NEGATIVO GLASGOW 15/15= 0

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

MICROORGANISMO ESCHERICHIA COLI CANTIDAD 100.000UFC LA CUAL FUE TRATADA CON CEFTRIAXONA 1 GRAMO IV POR 4 DIAS,

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. SUPERVISION DE PRIMIGESTA MUY JOVEN	Z356		X	4.			
2. NEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERI	O900		X	5.			
3. ATENCION MATERNA POR ISOINMUNIZACION RHESUS	O360			6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA(aaaa-mm-dd)	HORA(h:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/01/29	09:30:00	FELIX	VELIZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1309637757			Dr. Félix Humberto Véliz Giler ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414983	

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(h:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	