

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         | 1351512353                       | 1351512353        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| VELEZ                                 | BAQUE            | JUDITH                   | NATACHA        | F                                | 22/07/2004        | 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | TIPO DE COBERTURA        | REFERENCIA     | DERIVACIÓN                       |                   | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                         |   |   |   |
| 978967594                             |                  | NO TIENE                 | X              |                                  |                   | <div><div>1. Accesibilidad geográfica.</div><div>2. Falta de espacio físico.</div><div>3. Falta de equipamiento.</div><div>4. Equipos en mal estado.</div><div>5. Problemas de infraestructura.</div><div>6. Problemas de abastecimiento.</div><div>7. Insuficiencia de profesionales.</div><div>8. Inadecuada capacidad resolutive</div><div>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</div></div> |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                |                |                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |   |   |   |
| MANABI                                | TOSAGUA          | LOS ALGARROBOS           |                |                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                |                  |              |
|-------------------------|--------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD       | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CHONE | CONSULTA EXTERNA | GINECOLOGIA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

SECUNDIGESTA DE 21 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU SEXTO CONTROL PRENATAL, CURSA EMBARAZO DE 32.3 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN 12/08/2025 FECHA PROBABLE PARTO: 19/05/2026, CONFIABLE, EMBARAZO NO PLANIFICADO, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: ABUELOS HTA Y DIABETES, AGO: GESTA: 3, PARTO:1 ABORTO: 1. ALERGIAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 11 AÑOS,ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, REFIERE NAUSEAS, BUEN APETITO (5 COMIDAS), ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE. NO LEUCORREA, NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO PUNTAJE : 2.AL EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES. ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL. -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTETRICO: ALTURA UTERINA: 31 CM FREC. CARDIACA FETAL: 148 LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACION: CEFALICO. 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

EXAMENES Y ECOGRAFIAS SOLICITADOS.

E. DIAGNÓSTICO

|    | PRE= PRESUNTIVO                                                | DEF= DEFINITIVO | OE   | PRE | DEF |    | OE | PRE | DEF |
|----|----------------------------------------------------------------|-----------------|------|-----|-----|----|----|-----|-----|
| 1. | SUPERVICION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES                        |                 | Z348 |     | 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 |
| 24/03/2026                            | 15:00        | Katty         | Cedeño          | Rodriguez        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1206699983                            | <div></div>  |               | <div></div>     |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                                           |    |  |    |  |                                             |    |  |    |  |
|-------------------------------------------|----|--|----|--|---------------------------------------------|----|--|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                    | SI |  | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA                      | SI |  | NO |  |
| CONTRAREFERENCIA <input type="checkbox"/> |    |  |    |  | REFERENCIA INVERSA <input type="checkbox"/> |    |  |    |  |

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 | OE | PRE | DEF |    | OE | 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           |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |