

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |                          |                                                                                                                                                           |                                  |                   |                                                                                                                                                                         |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA                                                                                                                                                 | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |                                                                                                                                                                         |                         |   |   |   |
| MSP                                   | 1407             | CS BACHILLERO            | A                                                                                                                                                         | 1351627664                       | 1351627664        |                                                                                                                                                                         |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                            | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                                                                                                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| CHAVARRIA                             | AVEIGA           | ANGELICA                 | ALEXANDRA                                                                                                                                                 | F                                | 23-01-1999        | 26                                                                                                                                                                      | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | TIPO DE COBERTURA        | REFERENCIA                                                                                                                                                | DERIVACIÓN                       |                   | MOTIVO                                                                                                                                                                  |                         |   |   |   |
| 980228086                             |                  | CAMPESINO                | X                                                                                                                                                         |                                  |                   | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutoria<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura. |                                  |                   |                                                                                                                                                                         |                         |   |   |   |
| MANABI                                | TOSAGUA          | BACHILLERO               |                                                                                                                                                           |                                  |                   |                                                                                                                                                                         |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                  |                  |              |
|-------------------------|----------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA – CHONE | CONSULTA EXTERNA | GINECOLOGÍA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE GESTANTE DE 26 AÑOS DE EDAD,G2C0P2A0, ACTUALMENTE CON EMBARAZO DE 32 SG POR FUM/ECO, FUM 30/05/24. FPP: 06/03/2025 .

CONTROLES PRENATALES SIN NOVEDADES. GESTANTE DE BAJO RIESGO SIN EMBARGO REQUIERE SEGUIMIENTO POR GINECOLOGÍA DEBIDO A SUS SEMANAS DE GESTACION

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA DEL 26/11/24 LA CUAL REPORTA : PRODUCTIVO UNICO , POSICION LONGITUDINAL , PELVIANO , MOVIL. ANATOMIA FETAL: ANTROPOMETRIA FETAL DE 25.6 SEMANAS, ACORDE CON FUM .

E. DIAGNÓSTICO

|                                            |      |     |     |    |     |     |     |
|--------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PREF= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO        | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1. SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES | Z348 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                         |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                         |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 03/02/2025                            | 08:00:00        | MADELYNE      | CHILA           | CEDEÑO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |                  |
| 1312953761                            |                 |               |                 |                  |

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 | TIPOLOGÍA | 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

|                                     |     |     |     |    |     |     |     |
|-------------------------------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PREF= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |