

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| LACS                                  |                                    | 1277                     | CENTRO DE SALUD EL RECIBO |               | A         | 1722891288                       |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| PRIMER APELLIDO                       |                                    | SEGUNDO APELLIDO         |                           | PRIMER NOMBRE |           | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO | FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| FIGUEROA                              |                                    | RODRIGUEZ                |                           | MARIA         |           | FERNANDA                         | M    | 07-12-1989                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 36   | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>x</td></tr></table> | H | D                        | M                            | A                        |                          |                             |                          | x                        |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| H                                     | D                                  | M                        | A                         |               |           |                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
|                                       |                                    |                          | x                         |               |           |                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                                    | TIPO DE COBERTURA        |                           | REFERENCIA    |           | DERIVACIÓN                       |      | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| 0939672009                            |                                    | MSP                      |                           | x             |           |                                  |      | <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Falta de espacio físico.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Falta de equipamiento.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. Equipos en mal estado.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutiva</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> |      |                                                                                                                |   | <input type="checkbox"/> | 1. Accesibilidad geográfica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Falta de espacio físico. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Falta de equipamiento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Equipos en mal estado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Insuficiencia de profesionales. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Inadecuada capacidad resolutiva | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>              | 1. Accesibilidad geográfica.       | <input type="checkbox"/> |                           |               |           |                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| <input type="checkbox"/>              | 2. Falta de espacio físico.        | <input type="checkbox"/> |                           |               |           |                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| <input type="checkbox"/>              | 3. Falta de equipamiento.          | <input type="checkbox"/> |                           |               |           |                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| <input type="checkbox"/>              | 4. Equipos en mal estado.          | <input type="checkbox"/> |                           |               |           |                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| <input type="checkbox"/>              | 6. Problemas de abastecimiento.    | <input type="checkbox"/> |                           |               |           |                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| <input type="checkbox"/>              | 7. Insuficiencia de profesionales. | <input type="checkbox"/> |                           |               |           |                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| <input type="checkbox"/>              | 8. Inadecuada capacidad resolutiva | <input type="checkbox"/> |                           |               |           |                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                                    |                          |                           |               |           |                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| PROVINCIA                             |                                    | CANTÓN                   |                           | PARROQUIA     |           |                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |
| MANABÍ                                |                                    | TOSAGUA                  |                           | TOSAGUA       |           |                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                                |   |                          |                              |                          |                          |                             |                          |                          |                           |                          |                          |                           |                          |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                          |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO MEDIO CON APG, G:4 P:0 C:2 A:2, FUM: 29 DE SEPTIEMBRE 2025, PREECLAMPSIA EN SU PRIMER EMBARAZO, SUS PRIMEROS CONTROLES SE REALIZO CON MEDICO PARTICULAR, ACUDE A CONTROL A MSP A LAS 18,2 SEMANAS. CUENTA CON EMBARAZO ACTUAL DE 29,6 SEMANAS. EN TRATAMIENTO ACTUAL CON ASA 100 MG NOCHE, CALCIO 500 MG DIA, HIERRO MAS FOLICO UNA DIA POR MEDIO POR CONSTIPACION. ACTUALMENTE SCORE MAMA 0, SE LE BRINDA TRATAMIENTO PARA ITU CON NITROFURANTOINA 100 MG CADA 12 HORAS POR 7 DIAS. EXAMEN FISICO: ABDOMEN PROMINENTE, ALTURA UTERINA 30 CM , PRODUCTO EN APARENTE POSICION CEFALICA, DORSO DERECHO, FCF 120 A 130 XM , ACTIVIDAD UTERINA NEGATIVA. DEBIDO A INCUMPLIMIENTO DE CITA, NO SE PUDO ENVIAR ENTRE SEMANA 24 A 28 PTOG. ENVIO A LA SEMANA 30. LLAMA LA ATENCION GLICEMIA EN AYUNAS 98 MG. EDUCO SOBRE PLAN D EPARTO Y TRANSPORTE, LACTANCIA MATERNA, PLANIFICACION FAMILIAR. BAJO ESTAS CIRCUNSTANCIAS DE ALTO RIESGO, CESAREA ANTERIOR, GLICEMIA ALTERADA, SOLICITO VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ADJUNTO RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFIAS.

E. DIAGNÓSTICO

|    | PRE- PRESUNTIVO<br>DEF- DEFINITIVO                            | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|---------------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. | ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA | O342 |     | 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 |  |
| 24/04/2026                            | 16:04:00        | IGNACIO       |  | MANRIQUE        |  | AVEIGA           |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |  |                  |  |
| 1308639879                            |                 |               |  |                 |  |                  |  |

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

|                        |    |    |                        |    |    |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|
| 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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|    | PRE- 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           |  |                  |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |