

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	1727566059	1727566059					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CHAVEZ	PARRAGA	EMILY	ANAHY	M	04/01/2025	20	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
0980732496 // 0983221856						1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura. 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
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
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTRENA	GINECOLOGIA – OBSTETRICIA

Pac iente femenina de 20 años de edad que acude a esta casa de salud en su 8 VO CNTROL PRENATAL. ANTECEDENTES PERSONALES //INFECCIONES VAGINALES POR 3 OCASIONES DURANTE EL EMABRAZO ALERGIAS : NO REFIERE //APQXNO REFIERE //ANTECDENTES GINECOBTETRICOS _g1 a1 c 0 p0_ . Su embarazo es de carác ter NO planificado, CON USO de método anticonceptivo GESTAGENO INYECTABLE. La fecha de última menstruación (08/02/2025 es confiable, y el embarazo fue confirmado por PRIMERA ecografía realizada el 26/03/2025 a las 6.3 semanas de gestación. Actualmente, cursa un embaraz o de 32.1 semanas gestacion. Desde su ingreso, la paciente presenta buen estado general. REFIERE HACE 1 S EMANA CULMINA TARTAMIENT PARA TERCER CUADRO DE INFECCION DE VIAS URINAIRAS Y VAGINALES .AL MOMENTO AS INTOMATICA. con hallazgos compatibles con embaraz o DE ALTO RIES G -OBTETRICO (ANTECEDENTES DE ABORTO (1) : NUTRICIONALES OBESIDAD (3) INFECCIONES DE VIAS VAGINALE (2) POR LO QUE DEBE MANTENER CITAS CONTINUAS CON MEDICO FAMILIAR. PACIENTE QUE POR DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS PRESENTA RIESGO DE PRECLAMPSIA, POR LO QUE MEDICO_ CONTROLES ANTERIORES LE INDICA ACIDO AACETIL SALICILICO 200 MG POR LAS NOCHES , • Estado de conciencia: Glasgow 15/15_ . • S ignos vitales: PA 99/60 mm Hg, FC 97 lpm, FR _20 rpm, S AT _98 _%, temperatura 36,5 _°C. PROTEINA-SCORE MAMA :0 • Riesgo obstétric o: 6 ALTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EDAD GESTACIONAL 20.5 S G FETO UNCIO VIVO DE PRES ENTACION PELVIANA DORSAL LATERAL DERECHO BPD 5.1 CM PES O 429 GRAMOS ~- 64 GRAMOS . PERCENTIL 83 SEXO MASCULNO. PLACENTA GRADO I NO S E OBSERVAN HEMATOMAS CONDO TRES VASOD OCI CERRAD, ILA 4.6 CM PLIEGUE NUCAL 4.1 MMM NO QUIE TE DEL PLEXOS COROIDEOS , O FOCOS ECOGENCOS INTRCARANEALES . ES TUDIO DOPPLES D LAS ARTERIAS UTERINAS S E REALIZA CALCULO MEDIANTE PROGRMA DE MEDICNA FETAL IP ROMEDIO 1.72 SOBRE LE PERCENTIL 98 RESULTADO PATOLOGICO A CORRELACION CON CLINICA Y ANTECEDENTES ARTERIA UTERINA DERECHA IP 1.95 ARTERIA UTERINA IZQUIERDA 1.50

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	S UPERVIS ION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ES PECIFICACION	Z359		X	
2.					
3.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
29/09/2025		LUIS	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.					
2.					
3.					

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		