

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  |                                                         | NÚMERO DE ARCHIVO |      |                                   |   |   |   |
|---------------------------------------|--|-------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|--|---------------------------------------------------------|-------------------|------|-----------------------------------|---|---|---|
| MSP                                   |  | 1246              | C. S TOSAGUA             |                                  | TIPO C    | 1752442812                       |  |                                                         | 1752442812        |      |                                   |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (1350858013MARCAR) |   |   |   |
| ZAMBRANO                              |  | PONCE             |                          | DAYANA                           |           | LISSETH                          |  | F                                                       | 19/08/2008        | 17   | H                                 | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                       |           | X                                |  | DERIVACIÓN                                              |                   |      |                                   |   |   |   |
| 959230608                             |  | NO APORTA         |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  |  | MOTIVO                                                  |                   |      |                                   |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                   |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           | X                                |  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |      |                                   |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           |                                  |  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |      |                                   |   |   |   |
| MANABI                                |  | TOSAGUA           |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           |                                  |  | 8. Inadecuada capacidad resolutiva                      |                   |      |                                   |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   | X    |                                   |   |   |   |

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

SECUNDIGESTA NULIPARA DE 17 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU TERCER CONTROL PRENATAL. CURSA EMBARAZO DE 34.6 SEMANAS POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN 19/06/2025. FECHA PROBABLE PARTO: 26/03/2026. CONFIABLE. EMBARAZO NO PLANIFICADO. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: MADRE PREECLAMPSIA Y DIABETES, HTA: ABUELA. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: GESTA:0, ABORTO: 01. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO. REFIERE SENTIRSE + BUEN APETITO (5 COMIDAS), ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD. LEVE DOLOR BAJO VIENTRE, QUE SE IRRADIA A REGIÓN LUMBRO SACRA NO LEUCORREA, NO PERDIDAS DE LÍQUIDO NI SANGRADOS VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. RIESGO OBSTÉTRICO : BAJO PUNTAJE : 3 AL EXAMEN FÍSICO GENERAL NO MUESTRA PATOLOGÍAS APARENTES. ASINTOMÁTICA Y AFEBRIL. -AL EXAMEN FÍSICO GINECO-OBSTÉTRICO: ALTURA UTERINA: 35 CM FREC. CARDÍACA FETAL: 146 LPM, MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES PRESENTACIÓN: CEFÁLICA.

reactivo Método: Inmunocromatografía VDRL No reactivo. 2026-01-26: SANGUINEA RH (D) Grupo Sanguíneo O CONFIRMAR EN BANCO DE SANGRE MÉTODO COOMBS /INDIRECTO Factor Rh Negativo. ECOGRAFIA: 26/12/2025: PRODUCTO ÚNICO VIVO, CEFALICO DORSAL DERECHO, BPD: 67MM= 27.2 SEMANAS, CC: 245MM= 26.5 SEMANAS, AC: 232MM= 27.4 SEMANAS, SEXO FEMENINO, CORAZÓN 4 CÁMARA, CORDÓN UMBILICAL CIRCULAR SIMPLE, PLACENTA POSTERIOR MADURACION GRADO II/III, TONO FETAL NORMAL, FCR: 151LPM, LA: NORMAL, ILA: 17.08, HN: 8.6MM, EMBARAZO DE 27.1 SEMANAS, FPP: 26/03/2026.

|    |                                                |      |  |   |    |  |  |  |
|----|------------------------------------------------|------|--|---|----|--|--|--|
| 1. | SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES        | Z348 |  | X | 4. |  |  |  |
| 2. | SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE ABORTO | Z351 |  | X | 5. |  |  |  |
| 3. |                                                |      |  |   | 6. |  |  |  |

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd) | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| 18/02/2026            | 11:00           | KATTY         | CEDENO          | RODRIGUEZ        |
|                       |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1206699983            |                 |               |                 |                  |

| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÒN JUSTIFICADA | SI | NO |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|

1

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
|                         |           |                          |           |                                  |                   |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
|                         |                          |          |                    |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|    |  |  |  |    |  |  |  |
|----|--|--|--|----|--|--|--|
| 1. |  |  |  | 4. |  |  |  |
| 2. |  |  |  | 5. |  |  |  |
| 3. |  |  |  | 6. |  |  |  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

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