

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	CS TOSAGUA		C	1756220123			1756220123					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
FRANCO		PINTO		SHEYLA		MARELEN		F	12/11/2001	23	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0967500795 - 0983148260		NO REGISTRA		X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
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

EMBARAZADA DE 28.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM (26/02/2025) QUE COINCIDE CON ULTIMA ECO, FPP 05/12/2025, HISTORIA OBSTÉTRICA: E:2, P: 1 (VAGINAL 08/02/2017), A: 1 (24/08/2019). **APP OBESIDAD Y ALERGIA ATOPICA, IVU A REPETICION** DURANTE SU EMBARAZO, REFIERE ORINA OSCURAS Y LEUCORREA CON TTO ANTIBIOTICO QUE NO RESUELVE, NO CONTAMOS CON UROCULTIVO, PACIENTE NO TRAE EXAMENES PARTICULARES, DEFECA SIN DIFICULTAD, NO PERDIDAS DE LIQUIDO NI SANGRAMIENTO VAGINAL, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. NOS REFIERE MATERNIDAD SATISFECHA, POR LO QUE **SOLICITA ESTERILIZACION**. SCORE MAMA: 0 **RO: 6 PTOS ALTO** (CONTROL PRENATAL ANTECEDENTES: TRES O MAS FACTORES (ABORTO , PIG MAYOR 5a, MADRE PRECLAMPSIA) 3 PTOS, FACTORES NUTRICIONALES: OBESIDAD 3 PTOS
EXAMENES: Glicemia: 83.27 mg/dl, Colesterol 179.13 mg/dl, TAG: 288.05 mg/dl, VLDL: 57.61 mg/dl. UROANALISIS: NITRITOS: POSITIVO, PROTEÍNA: Negativo, GLUCOSA: Negativo. Leu 30-50 xc/; Ert: 3-5xc/; Cel Epit: abundantes, Bacterias: +++; MOCO: +++++.

ECOMEDIC 15/09/2025... PRODUCTO UNICO VIVO. PRESENTACION CEFALICO DORSAL DERECHO. BPD: 72mm (29.0 SG), CC: 267mm (29.1 SG), AC: 243mm (28.4 SG), FL: 54mm (28.6 SG). SEXO: MASCULINO. ESTOMAGO: PRESENTE, CORAZON: 4 CAMARAS, CORDON UMBILICAL: NORMAL VITALIDAD FETAL..... PLACENTA POSTERIOR
MADURACION GRADO I/III, TONO FETAL NORMAL, FC: 140 LPM, LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL ILA 14.58cm, HUESO NASAL VISTO DE 10.6mm, ESPESOR NASAL: 5.2mm
.....EMBARAZO DE 28.6 SG (+- 2 SEMANAS). FPP 02/12/2025 (+- 2 SEMANAS). PESO 1279g. 52.4%

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF	CIE		PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	4.	ESTERILIZACION	Z302	X
2.	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICION Y DEL METABOLISMO QUE COMPLIC	O992		X	5.			
3.	INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	O234		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
18/09/2025	8.40 am	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINCAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	