

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	2300212350		2300212350						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
PAREDES		MONTES		MADELYN		PAULETH		F	10-05-2004	20	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
978918174- 991742313		NINGUNO		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento.								
MANABI		TOSAGUA		BACHILLERO		7. Insuficiencia de profesionales.								
						8. Inadecuada capacidad resolutoria								
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X						
				5. Problemas de infraestructura.										

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 20 AÑOS DE EDAD,SIN APP DE RELEVANCIA, CURSA ACTUALMENTE CON EMBARAZO DE 33.1 SG POR FUM: 16/04/2024 , FPP: 23/03/2025 , G0 P0 C0 CONTROLES PRENATALES SIN NOVEDADES. GESTANTE DE BAJO RIESGO , REQUIERE SEGUIMIENTO POR GINECOLOGÍA DEBIDO A SU EDAD GESTACIONAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA REALIZADA EL DIA 13 /01/25 LA CUAL REPORTA :PRODUCTO UNICO VIVO , PRESENTACION PODALICO DORSAL DERECHO, BDP: 77MM QUE CORRESPONDE A

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	Z340		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (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

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	