

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	2400325607	2400325607					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MOJARRANGO	BANCHON	GENESIS	JESSICA	F	20/06/1996	29	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
0993293904 / 0997943735			X			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				
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 DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 29 AÑOS CON HO: G2 A0 P0 C1 (SECUNDARIA A ESTRECHES PÉLVICA) ACTUALMENTE CON 36 SG POR FUM NO PRECISA (19/04/2025), FPP 24/01/2026..?

AHORA ACUDE POR CONTROL PRENATAL ESTUVO HOSPITALIZADA POR BRONCONEUMONIA LA ÚLTIMA SEMANA DE DICIEMBRE DE 2025.

AL MOMENTO CON BEG, MANTIENE SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS Y SIGNOS VITALES ESTABLES. AL EX. FISICO: MUCOSAS HIPO-CROMICAS AR: MV NORMAL.

ACV: RsCsRsS/S.- TA: 110/60mmHg MI SIN EDEMA. SCORE MAMA: 0. EX. OBSTETRICO: MF+. AU: 35cm. FCF: 160 LAT x MINUTO. PRESENTACIÓN CEFÁLICO.?

Ex. GINECOLÓGICO NO EXPLORADO (NIEGA FLUJO) POR FALTA DE TIEMPO E INSUMOS... EX DE LAB DE I Y II TRIMESTRE NORMALES EXCEPTO LA HB:10gr/dl.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LA ECOGRAFIA DEL : 14/01/2025 REPORTA: FETO ÚNICO VIVO CON BUENA VITALIDAD X MOVIMIENTO ACTIVOS PRESENTACIÓN CEFÁLICA.

CON 36.2 SG POR BIOMETRIA FETAL, SEXO MASCULINO, ILA NORMAL, PESO E. FETAL: 2915gr.

E. DIAGNÓSTICOS				CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO			Z358		X	4	DESNUTRICION EN EL EMBARAZO	O25X	X
2	ATENCION MATERNA POR DESPROPORCION DEBIDA A ESTRECHEZ			O331	X		5	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	J00X	X
3	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO			D509		X	6	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA	O342	X

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
15/01/2025	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	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.							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		