

	DIRECCION DISTRITAL 24D01 SALUD SANTA ELENA				
	HOSPITAL BASICO MANGLARALTO				
	SANTA ELENA-ECUADOR				

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO / USUARIO										
Nombres y Apellidos						Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANCHEZ CARLO ALBA ESPERANZA						1988	07	20	28-1-3	2
						ano	mes	dia	a-m-d	1=F, 2=M
Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia			Direccion de Domicilio			Nº Telefonico	
2		0928624980				cCOLONCHE SECTOR FRANCISCO PIZARRO			0991212498	
Ver Instructivo	describir País	cédula diez dígitos	Provincia	Canton	Parroquia	Calle Principal y Secundaria			Convencional Celular	

II. Tipo Documento: Contrareferencia

1. Datos Institucionales							
Entidad del Sistema	Historia Clinica Numero	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito Area	Servicio		Especialidad
MSP	0928624980	HOSPITAL BÁSICO MANGLARALTO	HB	24D01	HOSPITALIZACION GINECO- OBSTETRICIA		OBSTETRIZ
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					Fecha		
MSP	C.S. COLONCHE		CS	24D01	24	08	2016
Entidad del Sistema:	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito / Area	dia	mes	año

2. Resumen de Cuadro Clínico
PACIENTE QUE INGRESO AL AREA DE HOSPITALIZACION CON UN DX EMBARAZO 38,3 SG X FUM + T/P OBTENIENDOSE PRODUCTO UNICO DE SEXO FEMENINO CON BUEN LLANTO ROSADO CON APGAR 8-9 POR PARTO EUTOCICO SIMPLE SIN COMPLICACIONES

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos.
VDRL: NO REACTIVO GRUPO SANGUINEO: O+ <b>BHC</b> GB: 10.200 GR: 4.200.00 HB: 11.8 HTO: 38

4. Tratamientos y Procedimientos terapeuticos realizados.
OXITOCINA 10 UI IM STAT PARACETAMOL 1 GRAMO PRN VO SULFATO FERROSO 100 MG VO CADA DIA

5. Diagnosticos.	CIE-10	TIPO_DIAGNOSTICO
1. Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	0800	Definitivo Inicial
2. Seguimiento postparto, de rutina	Z392	Definitivo Control

**6.Tratamientos recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad.**

SULFATO FERROSO TABLETA 100MG VO CADA DIA  
PARACETAMOL TABLETA 500MG VO CADA 8 HORAS

**7. Continuar tratamiento en:**

Nombre del Profesional	MERCHAN BARREZUETA MARIA JOSE	Codigo MSP:		Firma:	_____
Referencia Justificada	SI				