

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	919655258		919655258							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO		EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		ROSADO		LIBBETH		ALEXANDRA		F	02/01/1990		35	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN									
989081083				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA				3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.							
CANTÓN				4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutive							
PARROQUIA				5. Problemas de infraestructura.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
MANABI		FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO											

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD. APP DE SANGRADOS ABUNDANTES MENSTRUALES . ACUDE POR ESTE MOTIVO SANGRADOS ABUNDANTES MENSTRUALES TRANVAGINALES DE CAUSA NO ESPECIFICADA. SIGNOS VITALES P/A 110/70 FC 76 FR 18 T36° Sat98% .

[illegible]

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
		DEF= DEFINITIVO							
1.	MENOCICLO A CON CICLO REGULAR	N92.0		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
08/05/2025	8am	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1312022369		Dr RÓMULO MUÑOZ MOREIRA		

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

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)

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
		DEF= DEFINITIVO							
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

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