

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO														
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C				0931831317														
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
											H	D	M	A									
REYES		BRAVO		RUBEN		MATHEO		M	16-05-2011	13				X									
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN				MOTIVO											
0990569125		SG																					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA								6. Problemas de abastecimiento.			7. Insuficiencia de profesionales.			8. Inadecuada capacidad resolutive			X		
MANABI		FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO																			
												9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			X								

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GRAL DE CHONE	CONSULTA EXTERNA	FISIATRIA

ESCOLAR DE 13 AÑOS DE EDAD. APP: PARALISIS CEREBRAL, DISPLEIA ESPASTICA., RETRASO MENTAL, PORTADOR DE CARNET MSP CON EL 35% INTELLECTUAL, ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA PARA CALIFICACION DE DISCAPACIDADES POR TENOPLASTIA DEL TENDON DE AQUILES DE AMBAS PIERNAS, IZQUIERDA HACE 6 MESES, Y EN EL DERECHO HACE 4 MESES. AL MOMENTO PACIENTE PRESENTA ATROFIA MUSCULAR DE PIERNA DERECHA POST TENOPLASTIA DE TENDON DE AQUILES LADO IZQUIERDO, REQUIERE PERMANENTEMENTE DE BASTON CANADIENSE PARA SU MOVILIDAD. NO PRESENTA ANEXO 002.

1.	OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA	R268	X		4.			X	
2.	G801 PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA DIPLEJICA	G801	X		5.				
3.					6.				

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024/09/17	10.20	Verny Danilo	Cedeño	Alvarado
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA	
Firmado electrónicamente por: VERNY DANILO CEDENO ALVARADO			MEDICO CALIFICADOR DE DISCAPACIDADES REG. SENESCYT: 1009-2017-1841439	
1312050659				

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)

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

