

|                                       |  |                  |                            |                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |      |                         |   |   |   |               |  |
|---------------------------------------|--|------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|---------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   |                                                                                                                                                           | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA                                                                                                         |  | NÚMERO DE ARCHIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |      |                         |   |   |   |               |  |
| MSP                                   |  | 1413             | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES |                                                                                                                                                           | II        | 1303745598                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |      |                         |   |   |   |               |  |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO |                            | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                             |           | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                           |  | SEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |               |  |
|                                       |  |                  |                            |                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |      | H                       | D | M | A |               |  |
| ZAMBRANO                              |  | ZAMBRANO         |                            | LANDY                                                                                                                                                     |           | ELFRODITA                                                                                                                                |  | F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  | 68   |                         |   |   | X |               |  |
| Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  |                  |                            | REFERENCIA                                                                                                                                                |           | DERIVACIÓN                                                                                                                               |  | <b>MOTIVO</b><br><div> <div> <input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento.                 <input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales.                 <input type="checkbox"/> 8. Inadecuada capacidad resolutiva             </div> <div> <input type="checkbox"/> 4. Equipos en mal estado.                 <input type="checkbox"/> 5. Problemas de infraestructura.             </div> <div> <input type="checkbox"/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios             </div> </div> |                  |      |                         |   |   |   |               |  |
| 0- 99 792 4684                        |  |                  |                            |                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |      |                         |   |   |   |               |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                  |                            | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura. |           | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |      |                         |   |   |   |               |  |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN           |                            |                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |      |                         |   |   |   | PARROQUIA     |  |
| MANABI                                |  | FLAVIO ALFARO    |                            |                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |      |                         |   |   |   | FLAVIO ALFARO |  |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| MSP                     |                          | CONSULTA EXTERNA | NEUROLOGÍA   |

PACIENTE SEXO FEMENINO 68 AÑOS EDAD. APP HTA CONTROLADA. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR MAREOS CONTINUOS ACOMPAÑADO DE VERTIGO Y NÁUSEAS , CEFALEA FRONTAL. EXÁMEN FÍSICO CABEZA SPA CUELLO SPA TORAX SPA CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RITMICOS NORMOFONETICOS ABDOMEN DEPRESIVO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SPA SIGNOS VITALES PARÁMETROS NORMALES

VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

[illegible]

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 06/10/2026                            | 8am             | RÓMULO        | MUÑOZ           | MOREIRA          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1312022369                            |                 | ROMULO MUÑOZ  |                 |                  |

| 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 |
|-------------------------|-----------|----------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| MSP                     | 1413      | HOSPITAL BÁSICO SAN ANDRÉS | 2         | 1001243810                       |                   |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD     | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|------------------------------|----------|--------------------|
| MSP                     | CENTRO DE SALUD FALVO ALFARO | 13D07    |                    |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |



[illegible]

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       | 8am             | RÓMULO        | MUÑOZ           | MOREIRA          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
| 1312022369                            | RÓMULO MUÑOZ    |               |                 |                  |