

|                                                         |                                     |                   |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------|----------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 |                                     | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                     | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| MSP                                                     |                                     | 1246              | CS TOSAGUA               |                                     | C         | 1303764789                       |  | 1303764789                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| PRIMER APELLIDO                                         |                                     | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                       |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                                                |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| MENDOZA                                                 |                                     | MARIN             |                          | ESPLENDIDA                          |           | SEBASTIANA                       |  | F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 12/03/1954       | 71   | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table> |                              | H                        | D                           | M                        | A                         |                                     |                           |                          | X                                |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| H                                                       | D                                   | M                 | A                        |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
|                                                         |                                     |                   | X                        |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                   |                                     | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                          |           | DERIVACIÓN                       |  | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| 0990195182 - 0986824673                                 |                                     | NO REGISTRA       |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |           | <input type="checkbox"/>         |  | <table border="1"> <tr> <td>1. Accesibilidad geográfica.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Falta de espacio físico.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Falta de equipamiento.</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Equipos en mal estado.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Problemas de infraestructura.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Problemas de abastecimiento.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Insuficiencia de profesionales.</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> |                  |      |                                                                                                                                        | 1. Accesibilidad geográfica. | <input type="checkbox"/> | 2. Falta de espacio físico. | <input type="checkbox"/> | 3. Falta de equipamiento. | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Equipos en mal estado. | <input type="checkbox"/> | 5. Problemas de infraestructura. | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento. | <input type="checkbox"/> | 7. Insuficiencia de profesionales. | <input checked="" type="checkbox"/> | 8. Inadecuada capacidad resolutive | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/> |
| 1. Accesibilidad geográfica.                            | <input type="checkbox"/>            |                   |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| 2. Falta de espacio físico.                             | <input type="checkbox"/>            |                   |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| 3. Falta de equipamiento.                               | <input checked="" type="checkbox"/> |                   |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| 4. Equipos en mal estado.                               | <input type="checkbox"/>            |                   |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| 5. Problemas de infraestructura.                        | <input type="checkbox"/>            |                   |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| 6. Problemas de abastecimiento.                         | <input type="checkbox"/>            |                   |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| 7. Insuficiencia de profesionales.                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                   |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| 8. Inadecuada capacidad resolutive                      | <input type="checkbox"/>            |                   |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/>            |                   |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                              |                                     |                   |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| PROVINCIA                                               | CANTÓN                              |                   | PARROQUIA                |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |
| MANABÍ                                                  | TOSAGUA                             |                   | TOSAGUA                  |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |      |                                                                                                                                        |                              |                          |                             |                          |                           |                                     |                           |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                    |                                     |                                    |                          |                                                         |                          |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| MSP                     | HOSPITAL NAPOELON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | NEUROLOGIA   |

[illegible]

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

| DEFINITIVO |                                 | DEFINITIVO |  | DEFINITIVO |    | DEFINITIVO |  |
|------------|---------------------------------|------------|--|------------|----|------------|--|
| 1.         | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | G409       |  | X          | 4. |            |  |
| 2.         |                                 |            |  |            | 5. |            |  |
| 3.         |                                 |            |  |            | 6. |            |  |

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 22/10/2025                            | 3.20 pm         | JUAN JOSÉ     | ZAMBRANO        | PINCAY           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1310509771                            |                 |               |                 |                  |

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

| DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRIBUYERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |                          |          |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                           | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                                                                                   |                          |          |                    |

[illegible][illegible][illegible]

| Bibliografía |  | DEF= DEFINITIVO |  |    |  |  |  |
|--------------|--|-----------------|--|----|--|--|--|
| 1.           |  |                 |  | 4. |  |  |  |
| 2.           |  |                 |  | 5. |  |  |  |
| 3.           |  |                 |  | 6. |  |  |  |

|                                                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| C. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AL QUE SE CONTRAERÁ ENFERMEDAD |  |
|                                                                                                 |  |
|                                                                                                 |  |
|                                                                                                 |  |

| DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE     |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
|                                       |                 |               |                 |                  |