

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II		1304473216		1304473216					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MENDE		MARCELA		ROBERTO		ANTONIO		M	02/08/62	64	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0980067196														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
				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 resolutoria								
PARROQUIA				5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
Méndez				Elvira Alfaro		Zapallo								

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
PM 573		consulta externa	Tratamiento

Pe 8 cursa 12 zile de hospitalizare cu o pierdere de la rubla 124,15 du + celulelor, App diabetic melitus tip 2, de Tanta care Tanta este de antibiotice clindamicina, opanoloxim, ceftriaxon, y curata clonit remota, prezenta sulita de leg. sangino la o sind modita invadita.

Set of 126 Dyn. Leucost. #690 Leucostilos 79.1 Hg 8.54.11 Set 279.1
played 78200.

E. DIAGNÓSTICO	PRES = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1. Infecção por vírus da dengue	mooq	x		
2. w Esgotamento				
3.				
4.				
5.				
6.				

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-02	07h00m	AL	LOPEZ	REYES
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1209899001		Dr. Xavier Toala Reyes		Dr. Xavier Toala Reyes MEDICINA Y CIRUGIA REG-MSP I: 1141 No. 3329

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO			C.I. 1302056986 DERIVACION: UNPADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA		☐				REFERENCIA INVERSA	☐	

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

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

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