

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1305436863								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDENO		ALCIVAR		DISNALDA		YASMINA			11/10/1964	61	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN		☐					
993243985				1. Accesibilidad geográfica.		☐	MOTIVO		☐					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		☐	6. Problemas de abastecimiento.		☐					
PROVINCIA		CANTÓN		3. Falta de equipamiento.		☐	7. Insuficiencia de profesionales.		☐					
				4. Equipos en mal estado.		☐	8. Inadecuada capacidad resolutoria		☐	X				
MANABI		FLAVIO ALFARO		5. Problemas de infraestructura.		☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐	X				
						☐			☐					

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

PACIENTE SEXO FEMENINO DE 61 AÑOS EDAD .APP DISPEPSIAS Y INFECCIONES INTESTINALES A REPETICIÓN. ACUDE POR DOLOR TIPO CÓLICO Y DEPOSICIONES LIQUIDAS QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO MEDICO . EXÁMEN FÍSICO CABEZA SPA CUELLO SPA TORAX SPA CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RITMICOS NORMOFONETICOS ABDOMEN DEPRESIVO RHA AUDIBLES DOLOR EN FLANCOS Y HIPOGASTRIO A PALPACIÓN PROFUNDA . EXTREMIDADES SPA. SIGNOS VITALES EN PARÁMETROS NORMALES

VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

[illegible]

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
06/12/2026	8am	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1312022369		ROMULO MUÑOZ		

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO			DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO		
------------------------	----	----	--	--	------------------------	----	----	--	--

☒

11

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