

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO				
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1305077479	1305077479				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
CASTILLO		VILLAMIL		DAYSI		F	28/02/1962	62	H	D
									M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	X	DERIVACIÓN				
979691986				MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.						
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.						
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.						
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.						
MANABI				5. Problemas de infraestructura.						
FLAVIO ALFARO				6. Problemas de abastecimiento.						
FLAVIO ALFARO				7. Insuficiencia de profesionales.						
				8. Inadecuada capacidad resolutive						
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital Napeón David Cordova	CONSULTA EXTERNA	PSIQUIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES: HTA HACE 20 AÑOS. APF MAMÁ Y PAPÁ HTA. MOTIVO DE CONSULTA ACUDE POR DEPRESIÓN SIN CAUSA NO ESPECIFICADA Y PERDIDA DE LA MEMORIA RECIENTE. REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA. AL MOMENTO EXÁMEN FÍSICO ACTUAL. AFEBRIL, CUELLO SIMÉTRICO SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. TÓRAX SIMÉTRICO. CSPPS CLAROS VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS Y NORMOFONÉTICOS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. SIGNOS VITALES AL MOMENTO: PRESIÓN ARTERIAL 125/90 PULSO CARDÍACO 85x' T36.7 ° RESPIRACIÓN 19 x' SATURACIÓN 98% AL AMBIENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LEUCOCITOS #6.38X10⁹
NEUTROFILO % 78.0
HEMOGLOBINA %12.6
TRIGLICÉRIDOS MG/DL140

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. EPISODIO DEPRESIVO LEVE	F320	X		4. EPISODIO DEPRESIVO LEVE	F320	X
2.				5.		
3.				6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/11/2024	9:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1312022369	RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.				4.		
2.				5.		
3.				6.		

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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

CÉDULA DE
IDENTIDAD



REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN
APELLIDOS **CONDICIÓN CIUDADANÍA**

CASTILLO

VILLAMIL

NOMBRES

DAYSÍ FILERMA

NACIONALIDAD

ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO

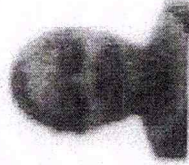
28 FEB 1962

LUGAR DE NACIMIENTO

MANABI CHONE

CHONE

FIRMA DEL TITULAR



SEXO

MUJER

Nº DOCUMENTO

035303028

FECHA DE VENCIMIENTO

24 SEP 2032

NAT/CAN

881224

NUI.1305077479

Daysi Filerma Villamil



APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE

CASTILLO DAVID

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE

VILLAMIL VERDUGA JUANA

ESTADO CIVIL

CASADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CÓN'YUGE O CONVIVIENTE

CORNEJO PROAÑO LIMBERT MANUEL

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

CHONE 24 SEP 2022

CÓDIGO DACTILAR

E334312222

TIPO SANGRE

N/R

DONANTE

No donante



DIRECTOR GENERAL

I<ECU0353030282<<<<1305077479
6202286F3209240ECU<NO<DONANTE4
CASTILLO<VILLAMIL<<DAYSI<FILER



NUCLEO DE PORTOVIEJO

TARJETA DE CITAS

APELLIDOS: CASTILLO VILLAMIL.

NOMBRES: DALYSI FILERMA.

C.I.: 130507747-9.

H.C.:

3	0	9	3	7	9
---	---	---	---	---	---

1154 cmh.



RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD



CONSULTA DE COBERTURA DE SALUD

CASTILLO VILLAMIL DAYSI FILERMA

Número de documento de Identificación: 1305077479

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud: 21 noviembre 2024

IESS, ISSFA, ISSPOL

Seguro	Tipo de seguro	Mensaje	Registro de Cobertura de Atención de Salud
IESS	afiliado seguro campesino	jefe de familia del ssc	si registra cobertura
ISSFA	no registra cobertura	cedula o pasaporte no registrado	no registra cobertura
ISSPOL	no registra cobertura. ciudadano no encontrado	no	no registra cobertura

* La información Histórica reflejada corresponde a datos desde Junio 2010

RED PRIVADA COMPLEMENTARIA

NO EXISTEN RESULTADOS PARA LOS PARÁMETROS INGRESADOS

Fecha de consulta: 2024-11-21 11:24