

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1305077479			1305077479							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO		EDAD		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CASTILLO		VILLAMIL		DAYSI		FILERMA		F	28/2/1962		63		H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		x		DERIVACIÓN								
979691986				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.								
MANABI		FLAVIO ALFARO		4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutiva		X						
				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	REUMATOLOGIA

PACIENTE SEXO MASCULINO. APP DE ARTROSIS DE RODILLAS . ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR AL CAMINAR CON DIFICULTAD QUE NO CEDE AL TOMAR ANALGÉSICOS . AL EXÁMEN FÍSICO CABEZA NORMAL CUELLO S/P SIN ADENOPATÍAS TORAX CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RÍTMICOS NORMALES ABDOMEN : DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES. EXTREMIDADES . CP CON EDEMAS Y DOLOR EN ARTICULACIONES . SIGNOS VITALES P/A 126/87 MMHG T°36 SAT97% FC74X RESPIRACIÓN 19 X GLASGOW 15/15.

[illegible]

1.	ARTROSIS DE LAS RODILLAS.	M17		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/12/2025	8am	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1312022369		Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA		

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

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

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

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