

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1307347508								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
PALMA		CARREÑO		JIMMY		LEONARDO		M	10/08/1975	50	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
985905621							MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipo personal estado. 5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad de resolución. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		☐ ☐ ☐ ☐ ☐			☐ ☐ ☐ ☒ ☐		
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA DE CHONE	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

ACIENTEMASCULINODE50ANOSDEEDAD SINAPPDEIMPORTANCIAACUDEACONSULTA PARAREVISIONDEESTUDIODEIMAGEN(RESONANCIA)PORCUADRODELARGA FILTRACIONES
ONACIDOHIALURONICO,YPLASMAS I N MEJORIAENSUCUADROCLINICO, ALEXAMENFISICOEDEMA +++ENTOBILLOCONDOLORA LADIGITOPRESION. LMOMENTOPACIENTE ALGICO,REQUIEREVALORACIONPORESPECIALIAD

ESONANCIASIMPLEDETODOBILLO:ARTROSISTIBIO-PERONEA-TALAR,DERRAMEARTICULAR,TENOSINOVITIS,SECUELADEROTURACOMPLETADDELIGAMENTOPERONEO.

.DIAGNÓSTICOS		CE-10	PRE	DEF			
	TRASARTROSISESPECIFICADAS	M198		X	4		
	ERRAMEARTICULAR	M254		X	5		
					6		

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE			SEGUNDO APELLIDO
2025/10/20	08:00AM	VANESSA			PALACIOS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Firmado por: VANESSA VICTORIA CEDENO PALACIOS Validación única mediante código QR			SELLO	
1312320516					

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

REFERENCIA INVERSA

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR LA ATENCIÓN					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

FORMATO DE REGISTRO DE ATENCIONES POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

DIAGNÓSTICO						PRE-PRESUNTIVO	DEF	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF

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