

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1307659944		1307659944					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VELEZ	CALDERON		JANETH		YAQUELINE	F	02/04/1976	49	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
0994664272		MSP				MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.		X				
				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva		X				
MANABI		BOLIVAR	CALCETA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				5. Problemas de infraestructura.								

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	H. NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	FISIATRIA

PACIENTE FEMENINA DE 49 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 10 AÑOS APROXIMADAMENTE PRESENTO FX DE HUMERO IZQUIERDO, EN LA ACTUALIDAD SE EVIDENCIA PERDIDA DE LA MUSCULATURA MAS CICATRIZ DE HERIDA, PRESENTA LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO, SE ENVÍA A ESTA ESPECIALIDAD POR VALORACIÓN Y EXAMEN DE GONIOMETRIA YA QUE REQUIERE PARA CONTINUAR CON VALORACIÓN INTEGRAL POR PROCESO DE DISCAPACIDAD.

1.	SECUELAS DE FRACTURA DEL BRAZO	T921		X				
2.	MATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DEL HOMBRO Y DEL E	S467		X				
3.								

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
03/03/2026	###	CINTHYA	MENDOZA	SOZA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1309733671			DISTRITO DE SALUD 13D12 Dra. Cinthya Mendoza Soza Medico General	

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

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)

1.							
2.							
3.							

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