

| 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                                                                                                                                                                                    | 1310246382                       |            |                  | 1310246382        |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                                                             | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO       | FECHA NACIMIENTO | EDAD              | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| LOOR                                  |         | LOOR              |                          | MARIA                                                                                                                                                                                     | DEL CARMEN                       | M          | 06/05/1979       | 46                | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                                                                                                                                                                                |                                  | DERIVACIÓN |                  |                   |                         |   |   |   |
| 0978669593/0963180303                 |         |                   |                          | NO APORTA                                                                                                                                                                                 |                                  | MOTIVO     |                  |                   |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |         |                   |                          | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutiva<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios                    |                                  |            |                  |                   |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN  | PARROQUIA         |                          | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.                                 |                                  |            |                  |                   |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | TOSAGUA | TOSAGUA           |                          | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div>X</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div>X</div> </div> |                                  |            |                  |                   |                         |   |   |   |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD      |
|-------------------------|--------------------------|------------------|-------------------|
| MSP                     | HOSPITAL GENERAL CHONE   | CONSULTA EXTERNA | GASTROENTEROLOGÍA |

19/12/2025 Hematías: 2.840.000 Hemoglobina (Hb): 8.3 g/dL Hematocrito (Hc): 25% Volumen Corpuscular Medio (VCM): 89.2 fL Hemoglobina Corpuscular Media (HCM): 29.7 pg Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media (CHCM): 33.5 g/dL. Plaquetas: 241.000 Glucosa en ayunas: 138 mg/dL GOT (AST): 33 U/L GPT (ALT): 28 U/L estomago reccionista correacon gastropatia diabetica gastropatia eritematosa con gastritis diabetica. ulcer de forres II ulcer preapilorica freest II

| E. DIAGNÓSTICO |                                                                                      | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.             | ULCERA GASTRICA NO ESPECIFICADA COMO AGUDA NI CRONICA, SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION |                                    | K259 |     | X   |     |     |     |
| 2.             | NEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE (CRONICA)             |                                    | D500 |     | X   |     |     |     |
| 3.             |                                                                                      |                                    |      |     |     |     |     |     |

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 |  | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO                                                                                                        | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|--|-----------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 26/12/2025                            |  |                 | DENISSE       | VELEZ                                                                                                                  | UTRERAS          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |  |                 | FIRMA         | SELLO                                                                                                                  |                  |
| 1313903682                            |  |                 |               | DISTRITO DE SALUD 13012<br>Dra. Denisse Vanina Velez Utreras<br>MEDICINA GENERAL<br>REC. SENSIBILIZACIÓN 2017-14813060 |                  |

| EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |    |  |    |  |  |                        |    |  |    |
|------------------------------------------|----|--|----|--|--|------------------------|----|--|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                   | SI |  | NO |  |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI |  | NO |

## 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) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
|                         |                          |          |                    |

| OF RESUMEN DEL CURSO SERVICIO |  |
|-------------------------------|--|
|                               |  |
|                               |  |
|                               |  |

| DATA/2020 RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIRECTIVOS |  |
|--------------------------------------------------------------|--|
|                                                              |  |
|                                                              |  |
|                                                              |  |

| INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA CONSERVAÇÃO |  |
|-----------------------------------------------|--|
|                                               |  |
|                                               |  |
|                                               |  |

|    | № п/п | Наименование работ | Единица измерения | Количество | Стоимость в рублях | Сроки выполнения работ | Итого |
|----|-------|--------------------|-------------------|------------|--------------------|------------------------|-------|
| 1. |       |                    |                   |            |                    |                        |       |
| 2. |       |                    |                   |            |                    |                        |       |
| 3. |       |                    |                   |            |                    |                        |       |

|                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>El/los/as alumnos/as debe(n) observar el comportamiento de los/as que se comportan mejor.</p> |
|                                                                                                  |
|                                                                                                  |
|                                                                                                  |

| FORMULARIO DE REGISTRO DE CONSULTA    |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |