

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	1310307259		1310307259				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
ZAMBRANO		MACIAS		NELIDA		LEONOR		M	18/05/1980	45	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN					
0979793784/0979778940		NO APORTA		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.		X			
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA		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	HOSPITAL GENERAL CHONE	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ESTERILIZACION	Z302	X					
2.								
3.								

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
25/11/2025		DENISSE	VELEZ	UTRERAS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313903682			DISTRITO DE SALUD 13012 Dra. Denisse Vanina Velez Utreras MEDICINA GENERAL RFG_SFNES/CYT-1009-2017-14813969	

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO			DERIVACIÓ JUSTIFICADA	SI		NO
------------------------	----	----	--	--	-----------------------	----	--	----

REFERENCIA INVERSA

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

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASORAL DE CONTRAERRENE O DE REVERSA REFERENCIA INTERNA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

TABLE 2000 RELEVANT ELEMENTS FOR ELEMENTS EVALUATION

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	CIE	PRE	DEF
1.							
2.							
3.							

1. IDENTIFICAZIONE DELL'INTERESSATO Nome e Cognome: _____ Indirizzo: _____ Città: _____ Prov.: _____ Cap: _____ Telefono: _____ E-mail: _____
--

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