

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA				NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1310732142										
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO		EDAD		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SABANDO		MUENTES		GENESIS		ESTEFANIA		F	08/06/1997		27		H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN								X
0985660785 / 0980209346		No se Encuentra		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.								
MANABÍ		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 DE CHONE "Dr. NAPOLEON DAVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

MULTIGESTA DE 27 AÑOS CON AGO: G3 A1 C2, ACTUALMENTE CON 37 SG DE GESTACIÓN POR FUM: 27/03/2024, FPP: 01/01/2024, Y COINCIDE CON ECOGRAFIA. AL MOMENTO CON BEG, AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS, AR: MV NORMAL, ACV: RsCSRsS/S TA: 110/70mmHg, MI SIN EDEMA, SCORE MAMÁ: 0 EX. OBSTETRICO: AU: 34cm. MF+., AL RASTREO ECOGRAFICO FCF: 156LxM. **PRESENTACIÓN PODALICA.** CON UNA CIRCULAR DE CORDON Y 2920gr. PORM ELLO SE REFIERE A GINECOLOGIA PARA LA CESAREA Y SALPINGECTOMIA POR PARIDAD SATISFECHA.

EX. OBSTETRICO: AU: 34cm. MF+. AL RASTREO ECOGRAFICO FCF: 156LxM. **PRESENTACIÓN PODALICA.** CON UNA CIRCULAR DE CORDON Y 2920gr.

1	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z359		X	4			
2	ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS	O321		X	5			
3	CONSEJO Y ASESORAMIENTO SOBRE ANTICONCEPCION / ESTERIL	Z302		X	6			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
17/12/2024	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1803403326				MEDICO FAMILIAR

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.			

[illegible]

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