

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO								
MSP			hospital Natalia Huerta Niemes			1312060054		1312060054								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
											H	D	M	A		
BELTRON		SUAREZ		JUAN		MANUEL		M	20/07/1986	39						
					REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		N						
0984272376																
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA													
MANABI	TOSAGUA		TOSAGUA													

1. Accesibilidad geográfica.

2. Falta de espacio físico.

3. Falta de equipamiento.

4. Equipos en mal estado.

5. Problemas de infraestructura.

6. Problemas de abastecimiento.

7. Insuficiencia de profesionales.

8. Inadecuada capacidad resolutive

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

X

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	CONSULTA EXTERNA	COLOPROCTOLOGIA

MASCULINO DE 39 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE MOTO HACE 3 AÑOS ACUDE POR PRESENTAR DOLOR EN REGION DORSAL TIPO PUNZANTE DE MODERADA intensidad que se incrementa con movimiento del tronco y al permanecer en ciertas psoturas, además refiere dolor en ambos hombros y rodillas refiere ser deportista pero que actualmente los dolores se incrementan mas al realizar cualquier deporte,

[illegible]

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/01/09	10H30	RUTH	CUADRADO	GAMBOA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA Firmado electrónicamente por:			SELLO
910337450	RUTH ALEJANDRINA CUADRADO GAMBOA Validar Únicamente con FirmaEC			

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

11

7

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.							
2.							
3.							

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