

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				
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1248	CENTRO DE SALUD CHONE		C	1312196403			----				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
							H	D	M	A			
ALCIVAR	TUAREZ	ROSA	MRIA	F	05/03/1987	38					X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN		☐					
0990209426						MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.		☐	6. Problemas de abastecimiento.		☐					
			2. Falta de espacio físico.		☐	7. Insuficiencia de profesionales.		☐					
			3. Falta de equipamiento.		☐	8. Inadecuada capacidad resolutiva		☐	X				
			4. Equipos en mal estado.		☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐					
			5. Problemas de infraestructura.		☐			☐					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA											
MANABÍ	CHONE	CANUTO											

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

FEMENINA DE 38 AÑOS DE EDAD, REFIERE CC DE APROX 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR SANGRADO TRANSVAGINAL , REFIERE EL LOS ULTIMOS MESES EMPEORAR

ECO: MIOMATOSIS UTERINA. FIGO 3-4

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION		D259	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
25/08/2025	10:00:00	ROBERT	PEÑARRIETA	ZAMBRANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1313675108		Firmado electrónicamente por: ROBERT JACINTO PEÑARRIETA ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC		

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)

--

--

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESENTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.				
3.					6.				

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