

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	CS TOSAGUA		C	131289964		131289964						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LOOR		VASQUEZ		MARIA		LIZET		F	04/06/1990	35	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0996424616 - 0981630442		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN		3. Falta de equipamiento.		X		8. Inadecuada capacidad resolutive						
MANABÍ		TOSAGUA		4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				5. Problemas de infraestructura.										

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

USUARIA CON AP DE SALUD APARENTE, REFIERE DOLOR EN CUELLO Y A NIVEL RETROAURICULAR DE +/- 3 AÑOS DE EVOLUCION QUE NO MEJORA CON TTO FARMACOLOGICO NI FISIOTERAPIA, ACOMPAÑADO DE SENSACION DE QUEMADURA, SUEÑO Y MAREOS, NIEGA OTROS SINTOMAS, SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA.
LAB CENTER TOSAGUA: 18/06/2025: ANTINUCLEARES ANA-HEP 2IF: NEGATIVO.
ECO DE PARTES BLANDAS . REGION RETROAURICULAR : SE OBSERVA GANGLIO LINFATICO AUMNETADO DE TAMAÑO HIPOECOGENICO DE FORMA ELIPTICA QUE MIDE APROXIMADAMENTE 2 x 1 x 1.9 cm, VOLUMEN 2.13 ml, A LA APLICACION DOPPLER COLOR, LEVE AUMENTO DE LA VASCULARIZACION.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	OTROS TRASTORNOS DE DISCO CERVICAL		M508		X	4.			
2.	CERVICALGIA		M542			5.			
3.						6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
23/07/2025	3.25 pm	JUAN JOSÉ	ZAMBRANO	PINCAY
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310509771				

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

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRIBUYERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

[illegible][illegible][illegible]

Bibliografía		DEF= DEFINITIVO							
1.				4.					
2.				5.					
3.				6.					

C. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AL QUE SE CONTRAERÁ ENFERMEDAD	

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