

CÉDULA DE IDENTIDAD REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN
APELLIDOS: GARAY
NOMBRES: PROAÑO
NOMBRES: CARMEN DOLORES
NACIONALIDAD: ECUATORIANA
FECHA DE NACIMIENTO: 23 MAY 1989
LUGAR DE NACIMIENTO: MANABI FLAVIO ALFARO
FLAVIO ALFARO
FIRMA DEL TITULAR: *Carmen*
SEXO: MUJER
No. DOCUMENTO: 050222154
FECHA DE VENCIMIENTO: 30 ENE 2033
NAT/CA: 851090
NUI: 1313017566

NOMBRES DEL PADRE: GARCIA CIRILO NAPOLEON
APELLIDOS: GARAY
NOMBRES Y NOMBRES DE LA MADRE: LENO Lenny SOLANDA
APELLIDOS: LENO Lenny SOLANDA
ESTADO CIVIL: SOLTERO
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: CHONE 30 ENE 2023
CÓDIGO DACTILAR: E23333222
TIPO SANGRE: N/R
DONANTE: No donante
DIRECTOR GENERAL: *F. Alvarado*
I<ECU0502221543<<<<<1313017566
8905237F3301306ECU<NO<DONANTE4
GARAY<PROAÑO<<CARMEN<DOLORES<<

CERTIFICADO DE VOTACIÓN
DE ABRIL DE 2024
GARAY PROAÑO CARMEN DOLORES
N° 93444433
PROVINCIA: MANABI
CIRCUNSCRIPCIÓN:
CANTÓN: FLAVIO ALFARO
PARROQUIA: FLAVIO ALFARO
ZONA: 1
JUNTA No. 0009 FEMENINO
CC N°: 1313017566

REFERÉNDUM 2024 Y CONSULTA POPULAR
CIUDADANA/O:
ESTE DOCUMENTO ACREDITA QUE USTED SUFRAGÓ EN EL REFERÉNDUM Y CONSULTA POPULAR 2024
La ciudadanía que altere cualquier documento electoral será sancionada de acuerdo a lo que establece el artículo 275 y el artículo 279, numeral 3 de la LOEP - Código de la Democracia.
F. PRESIDENTA/E DE LA JRV

09 85 93 97 17
Duer la Milenio »



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1313017566		1313017566	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
GARAY		PROAÑO		CARMEN		F	23/05/1999	35	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
985939717				X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO			
PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.			
MANABI FLAVIO ALFARO FLAVIO ALFARO				3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.			
				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	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO
1357		HOSPITAL TAPAS 137 Clínica Cardíaca	CONSULTA EXTERNA
			ESPECIALIDAD
			Psiquiatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINO DE 35 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES: CIRUGÍA DE COLUMNA HACE 5 AÑOS , HTA HACE 5 AÑOS MAL CONTROLADA . MOTIVO DE CONSULTA REFIERE DAÑO AUTOINFLIGIDO CONCIENTE ACOMPAÑADO DE EPISODIOS DE PENSAMIENTOS DEPRESIVOS . AI EXAMEN FÍSICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA AFEBRIL , CUELLO SIMÉTRICO SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE . TÓRAX SIMÉTRICO SIN ADENOPATÍAS NI MASA PALPABLE . CSPPS CLAROS VENTILADOS , RUIDOS CARDÍACOS NORMORITMICOS . ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE . SIGNOS VITALES : PRESIÓN ARTERIAL 158/95 PULSO CARDÍACO 90 x' T37. RESPIRACIÓN 21 x' SATURACIÓN 97% AL AMBIENTE. PACIENTE REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR PSIQUIATRÍA.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Leucocitos#6.38x10³ Neutrofilos%* 78.0% Hemoglobina12.6 MG/DL Triglicéridos120.85mg/dl	

E. DIAGNÓSTICO	
PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE PRE DEF
1. EPISODIO DEPRESIVO LEVE	F320 X 4. EPISODIO DEPRESIVO LEVE F320
2.	5.
3.	6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)
9/1/2025	12:00
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1312022369	RÓMULO ARGENTIS MUÑOZ MOREIRA
	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN	
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI NO
CONTRAREFERENCIA	REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO	
PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE PRE DEF
1.	4.
2.	5.
3.	6.

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
	