

FORMULARIO DE REGISTRO DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y SUS PACIENTES														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO					
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1246	C. S. TOSAGUA		TIPO C	1313294314			1313294314					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LUCAS		MACAY		ANA		SD		F	07/01/1991	57	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA			☒ X	DERIVACIÓN					
939186983		NO APORTA												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA										
1. Accesibilidad geográfica. 2. Faltas de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.						MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuadas capacidades resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
						X X								

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA POR RENOVACIÓN DE CARNET DE ANTICONCEPTIVOS, UTILIZA INYECTABLE 2 AÑOS. APP: NO REFIERE, AGO: G04, P03, A01, PIG: 2 AÑOS, MENARQUIA: 13 AÑOS, INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES: 21 AÑOS, FUM: 5/12/2024. REFIERE QUE DESEA ESTERILIZARSE.

EXAMENES DE LABORATORIO SOLICITADOS					

EXAMENES DE LABORATORIO SOLICITADOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
	ESTERILIZACION		Z302		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

FECHA (AAAA-MM-DD)		HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-12-30		15:19:00	KATTY	CEDEÑO	RODRIGUEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FRASE	SELLO	
1206690983			Forma electrónicamente por:		

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

F. DIAGNÓSTICO		PRE=PRELIMINAR DEF=DEFINITIVO	CE	PRE	DEF			CE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

OF THE INSTRUMENTS RECOMMENDED TO BE OBSERVED BY THE MEMBERS OF THE COURT OF JUSTICE OF THE EUROPEAN UNION

FECHA	HORA	RECURSO APELLIDO	RECURSO APELLIDO	RECURSO APELLIDO
-------	------	------------------	------------------	------------------

(aaaa-yyzz-00)	(#cccc)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO