

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		1411	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES		B	1313699116							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
							H	D	M	A			
MORERIA	LOPEZ	ZULLY	MAHOLY	M	27/11/1991	33					X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN							
993856118													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.							
MANABI	ROCAFUERTE	SOSOTE		3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.							
				4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X					
				5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X					

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA GENERAL

PACIENTE DE 54 AÑOS QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN REGION SUBCOSTAL IZQUIERDA, CAUSANDO EN LOS ULTIMOS MESES DIFICULTAD AL RESPIRAR, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA MASA DE GRAN TAMAÑO EN REGION SUBCOSTAL IZQUIERDA APARENTEMENTE DEPENDIENTE DE LA PARED
--

HEMOGLOBINA 13,6 HEMATOCRITO: 42,2 PLAQUETAS 225
--

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRE-SINTOMÁTICO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	TUMOR BENIGNO LIOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DEL TRONCO			D171		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/02/2025	11:00	ELEANA	VASQUEZ	SOLORZANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310630817				

REFERENCIA JUSTIFICADA					DERIVACIÓN JUSTIFICADA				
SI		NO			SI		NO		

--	--

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)

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

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