

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					
E MSP		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1313736611			1313736611					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ALCIVAR		GARRIDO		GEMA		ESPERANZA		F	19/6/1993	32	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN								
0-97 919 4136						MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.	6. Problemas de abastecimiento.								
PROVINCIA					2. Falta de espacio físico.	7. Insuficiencia de profesionales.								
CANTÓN					3. Falta de equipamiento.	8. Inadecuada capacidad resolutive								
PARROQUIA					4. Equipos en mal estado.	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
MANABI					5. Problemas de infraestructura.									
FLAVIO ALFARO														
FLAVIO ALFARO														

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
UGP		CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

PACIENTE SEXO DE FEMENINO APP SANGRADOS INTERMESTRUALES A REPETICIÓN NO ESPECIFICADOS . ACUDE POR PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR SANGRADO TRANSVAGINAL MODERADO INTERMESTRUALES SIN CAUSA APARENTE, DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN. LA CUAL REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD . AL EXÁMEN FÍSICO CABEZA NORMAL CUELLO S/P SIN ADENOPATÍAS TORAX CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RÍTMICOS NORMALES ABDOMEN : DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES. EXTREMIDADES . SP SIMÉTRICAS SIN EDEMAS. SIGNOS VITALES: P/A 120/70 MMHG T°36 SAT95% FC74X RESPIRACIÓN 18X GLASGOW 15/15.

VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA

DIAGNÒSTICO		PRE = PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
		DEF = DEFINITIVO							
+	Sangrado intermenstrual anormal		n92.1		X	4.			
+						5.			
+						6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/10/2025	8am	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA			
1312022369	Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA			

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO	
CONTRAREFERENCIA	☐					REFERENCIA INVERSA	☐					
									Firmado electrónicamente por ROMULO ARGENIS MUNOZ MOREIRA			

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)

☐ 1. Name ☐ 2. Address ☐ 3. City ☐ 4. State ☐ 5. Zip ☐ 6. Phone ☐ 7. Email ☐ 8. Fax ☐ 9. Other	☐ 10. Name ☐ 11. Address ☐ 12. City ☐ 13. State ☐ 14. Zip ☐ 15. Phone ☐ 16. Email ☐ 17. Fax ☐ 18. Other	☐ 19. Name ☐ 20. Address ☐ 21. City ☐ 22. State ☐ 23. Zip ☐ 24. Phone ☐ 25. Email ☐ 26. Fax ☐ 27. Other
---	--	--

DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
					4.					
					5.					
					6.					

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

