

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO 13 006

TIPOLOGIA

B

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1313821173

NÚMERO DE ARCHIVO

1313821173

PRIMER APELLIDO

Rodriguez

SEGUNDO APELLIDO

Valencia

PRIMER NOMBRE

Gina

SEGUNDO NOMBRE

Carolina

SEXO

f

FECHA NACIMIENTO

10/7/1991

EDAD

34

CONDICIÓN EDAD (MARCAR)

H

D

M

A

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0983866653/ 0980773271

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

chone

PARROQUIA

capulo

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.

2. Falta de espacio físico.

3. Falta de equipamiento.

4. Equipos en mal estado.

5. Problemas de infraestructura.

6. Problemas de abastecimiento.

7. Insuficiencia de profesionales.

8. Inadecuada capacidad resolutiva

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

SERVICIO

C- EXTERNA

ESPECIALIDAD

MEDICINA INTERNA

Paciente con embarazo de 19 semanas de evolución presenta hinchazón en las extremidades inferiores de más o menos 14 días, sin causa aparente, no hay dolor local , solo refiere pesadez, hormigueo , Se solicita exámenes de laboratorio y se encuentra con los siguientes resultados uria 19 creatinina 0.60 proteínas 5.7 albúmina 3.5 globulina 2.2 y en base a estos resultados se administra o se prescribe furosemida 40 mg cada mañana por 10 días

ECOGRAFIA OBSTETRICA / BIOQUIMICO

PENDIENTE ECOGRAFIA HEPATICA

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE

R77.0

PRE

DEF

X

4.

5.

6.

FECHA
(aaaa-mm-dd)

28/01/2025

HORA
(hh:mm)

9:00

PRIMER NOMBRE

JOSE

PRIMER APELLIDO

PINOARGOTE

SEGUNDO APELLIDO

MENENDEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1308408135

FIRMA

JOSE PINOARGOTE MENENDEZ

SELLO

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO

FECHA (aaaa-mm-dd)

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

4.

5.

6.

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

FECHA
(aaaa-mm-dd)

HORA
(hh:mm)

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

SELLO

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA