

|                                       |         |                   |                          |                                  |           |                                  |                                                         |                   |                  |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|---------|-------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCION DEL SISTEMA               |         | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |                                                         | NÚMERO DE ARCHIVO |                  |      |                         |   |   |   |
| MSP                                   |         | 1407              | CS. CERRO VERDE          |                                  | A         | 1314147180                       |                                                         | 1314147180        |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   |                                                         | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ALVARADO                              |         | PONCE             |                          | AGUSTIN                          |           | EFRAIN                           |                                                         | H                 | 16-01-1997       | 27   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                       |           | X                                | DERIVACIÓN                                              |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| 988678471                             |         | NO TIENE          |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  | MOTIVO                                                  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |         |                   |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTON  | PARROQUIA         |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                | TOSAGUA | CERRO VERDE       |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           |                                  | 8. Inadecuada capacidad resolutiva                      |                   |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |         |                   |                          | 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 NAPOLÉON DÁVILA – CHONE | CONSULTA EXTERNA | NEUROLOGÍA   |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|    |                                 |      |  |   |    |  |  |  |
|----|---------------------------------|------|--|---|----|--|--|--|
| 1. | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | G409 |  | X | 4. |  |  |  |
| 2. |                                 |      |  |   | 5. |  |  |  |
| 3. |                                 |      |  |   | 6. |  |  |  |

|                                       |                 |                                                                                                                                                       |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                         | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 25/11/2024                            | 10:00:00        | ERICK                                                                                                                                                 | HIDALGO         | PARRA            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | PRIMER APELLIDO                                                                                                                                       |                 | SELLO            |
| 1311649907                            |                 |  Firmado electrónicamente por:<br><b>ERICK ANTONIO HIDALGO PARRA</b> |                 |                  |

| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI |  | NO |  |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI |  | NO |  |
|------------------------|----|--|----|--|--|------------------------|----|--|----|--|
|------------------------|----|--|----|--|--|------------------------|----|--|----|--|

## 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) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
|                         |                          |          |                    |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

| QUESTION |  | DEFINITION |  |  |    |  |  |  |
|----------|--|------------|--|--|----|--|--|--|
| 1.       |  |            |  |  | 4. |  |  |  |
| 2.       |  |            |  |  | 5. |  |  |  |
| 3.       |  |            |  |  | 6. |  |  |  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

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