

|                                       |  |                   |                          |                                  |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|--|-------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|--|---------------------------------------------------------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                  | TIPOLOGÍA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO                                       |                  |      |                         |   |   |   |
| MSP                                   |  | 1246              | CS TOSAGUA               |                                  | C         | 1314160308                       |  | 1314160308                                              |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ALMEIDA                               |  | FARIAS            |                          | RAMON                            |           | STEVEN                           |  | M                                                       | 03/03/2002       | 24   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                       |  | MOTIVO                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
| 0981514169 - 0963146260               |  | NO REGISTRA       |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  |  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                   |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           |                                  |  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                  | X    |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           | X                                |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                |  | TOSAGUA           |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           |                                  |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD      |
|-------------------------|--------------------------|------------------|-------------------|
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | GASTROENTEROLOGIA |

[illegible]

|    |                            |      |  |   |    |  |  |  |
|----|----------------------------|------|--|---|----|--|--|--|
| 1. | GASTRITIS, NO ESPECIFICADA | K297 |  | X | 4. |  |  |  |
| 2. |                            |      |  |   | 5. |  |  |  |
| 3. |                            |      |  |   | 6. |  |  |  |

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 09/03/2026                            | 9.40 am         | JUAN JOSÉ     | ZAMBRANO        | PINCAY           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1310509771                            |                 |               |                 |                  |

|                        |  |  |  |    |    |                        |  |  |  |    |    |
|------------------------|--|--|--|----|----|------------------------|--|--|--|----|----|
| 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) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
|                         |                          |          |                    |

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

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

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

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