

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |         | UNICÓDIGO               | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                                                                                                                                           | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA                                                                                                                                                                                                   |            |                                                                                                                                                                                                                      |                     | NÚMERO DE ARCHIVO |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|---------------------------------------|---------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|-------------------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
| MSP                                   |         | 1246                    | CS. TOSAGUA              |                                                                                                                                                           | C         | 1314473875                                                                                                                                                                                                                         |            |                                                                                                                                                                                                                      |                     |                   |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO        |                          | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                             |           | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                                                                     |            | GENERO                                                                                                                                                                                                               | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD              | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| GANCHOZO                              |         | LUCAS                   |                          | MARÍA                                                                                                                                                     |           | ANTONIA                                                                                                                                                                                                                            |            | F                                                                                                                                                                                                                    | 05/12/1989          | 34                | H                       | D | M | A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         | TIPO DE COBERTURA       |                          | REFERENCIA                                                                                                                                                |           | X                                                                                                                                                                                                                                  | DERIVACIÓN |                                                                                                                                                                                                                      |                     |                   |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 0990545226 / 0988408920               |         | Jefe de Familia del SSC |                          | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura. |           | MOTIVO<br>6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutiva<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.<br>10.- FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN. |            | <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |                     |                   |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |  |  |
|                                       |         |                         |                          |                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                                                                                                                                                                                      |                     |                   |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                                       |         |                         |                          |                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                                                                                                                                                                                      |                     |                   |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                                       |         |                         |                          |                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                                                                                                                                                                                      |                     |                   |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| X                                     |         |                         |                          |                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                                                                                                                                                                                      |                     |                   |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |         |                         |                          |                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                                                                                                                                                                                      |                     |                   |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN  | PARROQUIA               |                          |                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                                                                                                                                                                                      |                     |                   |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| MANABÍ                                | TOSAGUA | TOSAGUA                 |                          |                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                                                                                                                                                                                      |                     |                   |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                | SERVICIO         | ESPECIALIDAD       |
|-------------------------|-----------------------------------------|------------------|--------------------|
| M.S.P                   | HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA" | CONSULTA EXTERNA | GINECO-OBTETRICIA. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ESTANTE DE 34 AÑOS DE EDAD CON AGO: G2 P0 <b>C2</b>, FIN ULTIMO EMBARAZO (2014). PIG LARGO.</p> <p>FUM: INCIERTA ACTUALMENTE CON 33 SG POR ECOGRAFIA DE II TRIMESTRE. FPP: 23/10/2024..?</p> <p>AL MOMENTO CON BEG. AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS. AR: MV NORMAL. ACV: RsCsRs/S TA: 110/70mmHg. MI SIN EDEMA. SCORE MAMA:0.</p> <p>EX. OBSTÉTRICO: AU:31CM. MF+. FCF: 132LxM. P. CEFÁLICA. EX. GINECOLOGICO NO EXPLORADO (POR FALTA DE INSUMOS)</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

SCORE MAMÁ: 0

|   |                                                        |        |   |   |   |  |  |  |
|---|--------------------------------------------------------|--------|---|---|---|--|--|--|
| 1 | ATENCIÓN MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA | 03121A |   | X | 4 |  |  |  |
| 2 | SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO                 | Z359   |   | X | 5 |  |  |  |
| 3 | TRASTORNO DEPRESIVO.?                                  | F331   | X |   | 6 |  |  |  |

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| 26/08/2024                            | ###             | LUIS ABEL     | MARTINEZ        | CASTRO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FRMA          | Sello           |                  |
| 1803403326                            |                 |               | MEDICO FAMILIAR |                  |

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