

MSP.

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	
Hospital San Carlos		0015	C. San Juan		C	131449237			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
García		García		Johanna	Lozano	F	28/11/95	30	H 23 2 30
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO	
tel 099 397 5383 (Cdo. Municipal)					X			1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura	
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA					
Manabí		Junín		Junín					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
Hospital San Carlos	Hospital Napalm de Cdo.	C. De Cdo.	Ginecología

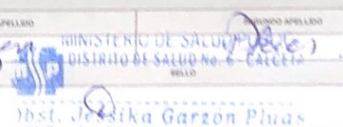
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 30 años de edad, sin antecedentes personales de relevancia, se encuentra orientada en tiempo y espacio que accede a la consulta por deseo de programar salpicadura fetal.

Planif. por alter. de desarrollo fetal. Ac. de Cerebro por problemas de Cerebro.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			
No de Cerebro mas embarazo.			
6:02. Para 02. (2021).			

E. DIAGNÓSTICO							
PRIM. PRESENTIVO	DEF. PRESENTIVO	CR	PR	DEF	CR	PR	DEF
1. Esterilización				X			
2.							
3.							
4.							
5.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
20/2/26	8:15	José	García
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
0910446772		[Firma]	
			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (AAAA-MM-DD)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO			

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS			

F. DIAGNÓSTICO							
PRIM. PRESENTIVO	DEF. PRESENTIVO	CR	PR	DEF	CR	PR	DEF
1.							
2.							
3.							

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	