

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO 13 D06

TIPOLOGIA

B

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1314504216

NÚMERO DE ARCHIVO

1314504216

PRIMER APELLIDO

Mero

SEGUNDO APELLIDO

Quijije

PRIMER NOMBRE

Johanna

SEGUNDO NOMBRE

Mariuxi

SEXO

f

FECHA NACIMIENTO

28/1993

EDAD

34

CONDICIÓN

EDAD (MARCAR)

H

D

M

A

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0989930508 / 0 93 944 7996

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 resolutive

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

BOLIVAR

PARROQUIA

CALCETA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

SERVICIO

C- EXTERNA

ESPECIALIDAD

otorrinolaringologo

Paciente con antecedente de atenciones por médico especialista en garganta refiere tener la sospecha de papiloma virus en mucosas de faringe y laringe desde la adolescencia

Según el otorrinolaringólogo se presumía de diagnóstico de papiloma virus pero quedó pendiente a raíz de este antecedente solicita la evaluación especializada

Técnica de Snellen

COMPROBADO

Técnica de Snellen

COMPROBADO

Técnica de Snellen

COMPROBADO

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

D144

PRE

X

DEF

4.

5.

6.

CIE

PRE

DEF

FECHA

(aaaa-mm-dd)

13/02/2026

HORA

(hh:mm)

9:00

PRIMER NOMBRE

JOSE

PRIMER APELLIDO

PINOARGOTE

SEGUNDO APELLIDO

MENENDEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1308408135

FIRMA

JOSE PINOARGOTE M

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.

CIE

PRE

DEF

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