

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (RCA)		NÚMERO DE ARCHIVO						
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1246	C. S. TOSAGUA		TIPO C	1314559194								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ORMAZA		BAILON		TAYRI		ANDREA		F	17/06/1994	30	H	O	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0968173301 - 0979436374		IESS CAMPESINO		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
PROVINCIA		CANTÓN		2. Falta de espacio físico.										
MANABI		TOSAGUA		3. Falta de equipamiento.				X						
		PARROQUIA		4. Equipos en mal estado.				X						
		SAN CRISTOBAL		5. Problemas de infraestructura.										
				6. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.										

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE + PRESENTIVO DEF = DEFINITIVO	CIS	PRE	DEF		CIS	PRE	DEF
	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	4.				
2.	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X	5.				
3.					6.				

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/02/07	11:00:00	FELIX	VELIZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO		
1309637757		DISTRITO DE SALUD 13012 Dr. Félix Humberto Veliz Giler ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA		
		DISTRITO DE SANTIAGO 13012 Humberto Véliz Giler FAMILIAR Y COMUNITARIA		
		Dr. Félix ESPECIALISTA EN MEDICINA REG. SENESCYT: 1927-2932.		
		7414883		

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)

[illegible]

[illegible]

1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

[illegible]

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