

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1314909266		1314909266						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDA D	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		VERGARA		ELIZABETH		MARIA		F	07/11/2006	19	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN			MOTIVO				
963065974		NO APORTA		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		X	7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive							
MANABI	TOSAGUA	LAS CARMELITAS		4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			X				
				5. Problemas de infraestructura.		X								

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA

PACIENTE DE 23 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA PARA REVISIÓN DE RX DE BRAZO IZQUIERDO PARA PODER LOCALIZAR EL ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO DE ETONOGESTREL YA QUE NO SE SIENTE A LA PALPACIÓN, LLEVA USANDO 1 AÑOS 5 MESES.

RESULTADOS DE RX DE BRAZO IZQUIERDO REPORTA IMPLANTE SUBDERMICO LOCALIZADO A NIVEL DE MUSCULO BICEPS.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SUPERVISIÓN DEL USO DE DISPOSITIVOS ANTICONCEPTIVO, RETIRO DE IMPL			Z3056			4.			
2.							5.			
3.							6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/12/2025	9:00	KATTY	CEDENO	RODRIGUEZ
6 FIRMA			SELLO	
1206699983				

REFERENCIA JUSTIFICADA					DERIVACIÓN JUSTIFICADA				
SI	NO				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]

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

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