

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1315750636		1315750636						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDA D	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
PIN		QUIÑONEZ		ROSA		AZUCENA		F	24/02/1995	30	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
997000722		NO TIENE		MOTIVO										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.						
				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.						
				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutoria						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
MANABI		TOSAGUA		EL RECREO										

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOISPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA PARA SOLICITAR REFERENCIA PARA ESTERILIZARSE YA QUE NO DESEA TENER MAS HIJOS Y TAMPOOCO UTILIZAR ANTICONCEPTIVO HORMONALES, APP: NO REFIERE, AGO: G01, C01, MANARQUIA: 12 AÑOS. POR EL MOMENTO UTILIZA ANTICONCEPTIVO ORALES.

[illegible]

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ESTERILIZACION			Z302		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
30/01/2026	14:00	Katty	Cedeño	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA	
1206699983				

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO			DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO	
------------------------	----	----	--	--	------------------------	----	----	--

REFERENCIA INVERSA ☐

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	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]

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	