

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1315939825							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		GENERO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
DOMINGUEZ	SABANDO		DIANA		MARGARITA		F	11/08/1993	31	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0983635569 / 0997779430							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 resolutiva		X				
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		10.-		X	
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA		5. Problemas de infraestructura.		X	FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.					

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
M.S.P	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA

MÚLTIPARA DE 31 AÑOS CON H.O: G3 A1 P0 C2, (ABORTO 2021). ACTUALMENTE DE 33 SG POR FUM: 30/01/2024. FPP: 05/11/2024 Y ECOGRAFÍA DE II TRIMESTRE. AL EX, FISICO: MUCOSAS HIPOCROMICAS. AR: MV NORMAL. ACV: RsCSRsS/S TA; 110/70mmHg. MI SIN EDEMA. SCORE MAMA 0. EX. OBSTETRICO: AU: 34cm. MF+ FCF: 148Lxm. POR RASTREO ECOGRAFICO SE CORROBORA BIOMETRIA FETAL DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES PARA 33 SG. SE REALIZA REFERENCIA A II NIVEL POR 2 CESÁREAS ANTERIORES Y PARIDAD SATISFECHA PARA ESTERILIZACIÓN O SALPINGECTOMÍA.
--

EX. OBSTETRICO: AU: 34cm. MF+ FCF: 148LxM. POR RASTREO ECOGRAFICO SE CORROBORA BIOMETRIA FETAL DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES PARA 33 SG.

1	ATENCIÓN MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA	0342-1A	X	4			
2	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO	Z359	X	5			
3	CONSEJO Y ASESORAMIENTO DE ESTERILIZACIÓN	Z300-2	X	6			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
26/08/2024	###	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1803403326			Firmado electrónicamente por: LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO MEDICO FAMILIAR	

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)

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		