

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1246	CS TOSAGUA		C	1316632874		1316632874					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BUSTE		ACOSTA		MARJORIE		SEBASTIANA	F	20/01/1991	33	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0968611032 - 0994437912		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		X	7. Insuficiencia de profesionales.			X			
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA	4. Equipos en mal estado.			8. Inadecuada capacidad resolutive						
				5. Problemas de infraestructura.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						

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

USUARIA CON APQx: EXCERESIS DE LIPOMA EN CODO DERECHO HACE +/- UN AÑO. AHORA REFIERE TUMOR SUBCUTANEO DE +/-1.5 CM DE DIAMETRO QUE COINCIDE CON LIPOMA ANTERIOR Y OTRO A 3cm DEBAJO DEL MISMO, LO QUE LE PROVOCA DOLOR Y MOLESTIAS AL MOVER EL BRAZO.
SE ENVIA A SU SERVICIO PARA MEJOR VALORACION Y POSIBLE TRATAMIENTO QUIRURGICO.

1.	TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL MIEMBRO SUPERIOR	R223		X	4.			
2.	TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE MIEMBROS	D172	X		5.			
3.					6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
11/12/2024	10.30 am	JUAN JOSÉ	ZAMBRANO	PINCAY
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310509771		 Escanea el código QR para verificar la autenticidad de la firma JUAN JOSÉ ZAMBRANO PINCAY		

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]

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	