

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO								
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1317241360	1317241360								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MOREIRA		MURILLO		MICHELLE		ANAHY		F	13/04/1999	25	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0963123365 - 0997778307		MSP		☒		☐		☐ 6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				☐ 2. Falta de espacio físico.		☐ 7. Insuficiencia de profesionales.		☒ X						
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	☐ 3. Falta de equipamiento.		☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria.		☒ X						
MANABI		TOSAGUA	TOSAGUA	☐ 4. Equipos en mal estado.		☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		☐						
				☐ 5. Problemas de infraestructura.										

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL GENERAL CHONE	CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA

ECOGRAFIA REALIZADA EL 01/09/2024 PARTES BLANDAS REPORTA LIPOMA EN MUSLO DERECHO MIDE 30X14X24 MM VOLUMEN 5.3CC NO INVADE MUSCULAR NI APONEUROTICOS

	LIPOMATOSIS, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	E882		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-11-06	8:00:00	FELIX	VELIZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1309637757				DISTRITO DE SALUD 13D12 Dr. Félix Humberto Véliz Giler ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414983

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.			

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