

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1350188502					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
							H	D	M	A	
LAAZ	ZAMBRANO	MICHELLE	ESTEFANIA	F	11/07/2002	22					
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN					
0994743562 / 0983285212		No se Encuentra				MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.				
				2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.				
PROVINCIA				3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive		X		
CANTÓN				4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X		
PARROQUIA				5. Problemas de infraestructura.							
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL G. DE CHONE. " Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGÍA.

FEMENINA DE 22 AÑOS, CON APP DE COLESCISTECTOMIA (2018) AHORA ACUDE PREOCUPADA POR MACULA HIPOCROMICA EN PEZÓN IZQUIERDO DE 3x4 CM APROXIMADAMENTE LA DECOLORACIÓN DE LA PIEL DEL PEZÓN IMPRESIONA SER VITILIGO... ADEMÁS REFIERE LEVES MACULAS HIPERCROMICAS EN OTRAS AREAS DE LA PIEL DE TEXTURA ASPERA EN ESPECIAL EN LOS PIES Y LOS BRAZOS LO QUE LE PREOCUPA... POR ELLO INDICA RECOMENDACIONES GENERALES E I/C. CON PSICOLOGÍA Y DERMATOLOGIA...

SIGNOS VITALES NORMALES.

1	VITILIGO	L80X		X	4			
2	LIQUEN NITIDO	L441	X		5			
3	OTRAS DERMATITIS ATOPICAS	L208	X		6			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
05/03/2025	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1803403326				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	