

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1350503536		1350503536							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO		EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ARIAS		PÁRRAGA		SOFIA		BARBARITA		F	14/9/2008		16	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		x	DERIVACIÓN								
									MOTIVO						
				1. Accesibilidad geográfica.					6. Problemas de abastecimiento.						
				2. Falta de espacio físico.					7. Insuficiencia de profesionales.						
				3. Falta de equipamiento.					8. Inadecuada capacidad resolutive						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
MANABI		FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARP											
				4. Equipos en mal estado.											
				5. Problemas de infraestructura.											

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGÍA

Paciente Sexo Femenino de 16 años de Edad. con App de gastritis crónica y dispepsia orgánica. Acude por Dolor abdominal en Epigastrio tipo cólico de moderada intensidad. Al exámen Físico presenta: cabeza normal cuello SP no adenopatías Torax Sp simétrico campos pulmonares ventilados claros ruidos cardíacos rítmicos normales abdomen depresivo no dolor ,ruidos audibles . extremidades no edemas sin edemas . signos vitales 120/70mmhg pulso 76 Sat98% resp 18 T37°C GLASGOW 15/15.

[illegible]

1.	DISPEPSIA NO ESPECIFICADA DUODENITIS CRÓNICA.	k295	X	4.						
2.				5.						
3.				6.						

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	DIRECCIÓN	SEGUNDO APELLIDO
25/3/2025	12:00	RÓMULO	MUÑOZ		MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		Firmado electrónicamente por:	
1312022369		Dr ROMULO MUÑOZ MOREIRA		 ROMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA	

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACION 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]

[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	