

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1270	CS. LA ESTANCILLA		A	1350904775								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEVALLOS		IBARRA		GENESIS		TATIANA		F	26/07/2012	22	H	D	M	A
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
0960465979 / 0967451236								MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN		2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABI		TOSAGUA		3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutiva						
		PARROQUIA		4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				
		LA ESTANCILLA		5. Problemas de infraestructura.										

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

RESTANTE NULIPARA CON TG 36 SEMANAS POR FUM 24/01/2024 Y FPP 30/10/2024 HO G0P0A0 ACUDE A CONSULTA POR CONTROL MEDICO , EN ESTE MOMENTO REFIERE SENTIRSE BIEN , BUEN ESTADO GENERAL, NIEGA DOLOR BAJO VIENTRE NO CONTRACCIONES UTERINAS SE ENVIA A GINECOLOGIA PARA SU REEVALORACION Y PLANIFICACION DE PARTO

US 30/09/2024	PRODUCTO UNICO VIVO PRESENTACIO PODALICO DORSO IZQUIERDO PESO 2872G
---------------	---

1.	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	Z340		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
02/10/2024	13:00:00	ORLANDO	ALVAREZ	VARGAS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
803149673		 Firma: 02/10/2024 13:00:00 ORLANDO VICENTE ALVAREZ VARGAS		

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	