

|                                       |         |                   |                          |                                    |           |                                    |  |                                                         |                  |                           |                         |                                  |   |                                 |  |
|---------------------------------------|---------|-------------------|--------------------------|------------------------------------|-----------|------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |         | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                    | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA   |  | NÚMERO DE ARCHIVO                                       |                  |                           |                         |                                  |   |                                 |  |
| MSP                                   |         | 1246              | CS TOSAGUA               |                                    | C         | 1353929985                         |  | 1353929985                                              |                  |                           |                         |                                  |   |                                 |  |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                      |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD                      | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |                                  |   |                                 |  |
| CEDEÑO                                |         | ESPIÑOZA          |                          | AYLENA                             |           | DAHRYI                             |  | F                                                       | 27/07/2022       | 2                         | H                       | D                                | M | A                               |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                         |           | DERIVACIÓN                         |  | MOTIVO                                                  |                  |                           |                         |                                  |   |                                 |  |
| 0985901246 - 0939137292               |         | NO REGISTRA       |                          | 1. Accesibilidad geográfica.       |           | 2. Falta de espacio físico.        |  | 3. Falta de equipamiento.                               |                  | 4. Equipos en mal estado. |                         | 5. Problemas de infraestructura. |   | 6. Problemas de abastecimiento. |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |         | NO REGISTRA       |                          | 7. Insuficiencia de profesionales. |           | 8. Inadecuada capacidad resolutive |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  | X                         |                         |                                  |   |                                 |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN  | PARROQUIA         |                          | X                                  |           |                                    |  |                                                         |                  |                           |                         |                                  |   |                                 |  |
| MANABÍ                                | TOSAGUA | TOSAGUA           |                          |                                    |           |                                    |  |                                                         |                  |                           |                         |                                  |   |                                 |  |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| MSP                     | HOSPITAL NAPOELON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | NEUROLOGIA   |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

| DEFINITIVO |                                 | DEFINITIVO |   | DEFINITIVO |    | DEFINITIVO |  | DEFINITIVO |  |
|------------|---------------------------------|------------|---|------------|----|------------|--|------------|--|
| 1.         | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | G409       | X |            | 4. |            |  |            |  |
| 2.         |                                 |            |   |            | 5. |            |  |            |  |
| 3.         |                                 |            |   |            | 6. |            |  |            |  |

|                                       |                 |                                                                                                                                              |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 28/01/2025                            | 3.15am          | JUAN JOSÉ                                                                                                                                    | ZAMBRANO        | PINCAY           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA                                                                                                                                        |                 | SELLO            |
| 1310509771                            |                 |  Firmado digitalmente por:<br>JUAN JOSE ZAMBRANO<br>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 |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
|                         |           |                          |           |                                  |                   |

| DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRIBUYERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |                          |          |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                           | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                                                                                   |                          |          |                    |

[illegible][illegible][illegible]

| Bibliografía |  | DEF= DEFINITIVO |  |    |  |  |  |
|--------------|--|-----------------|--|----|--|--|--|
| 1.           |  |                 |  | 4. |  |  |  |
| 2.           |  |                 |  | 5. |  |  |  |
| 3.           |  |                 |  | 6. |  |  |  |

|                                                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| C. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AL QUE SE CONTRAERÁ ENFERMEDAD |  |
|                                                                                                 |  |
|                                                                                                 |  |
|                                                                                                 |  |

| DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE     |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
|                                       |                 |               |                 |                  |