

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA				NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1751271444										
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO		EDAD		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CABRERA		POMA		FATIMA		KASANDRA		F	05/07/2003		21		H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN								X
0988269926 / 0959794094		Fuera del Tiempo de Protección		1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.								
PROVINCIA		CANTÓN		3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.								
MANABÍ		TOSAGUA		4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutive								x
				5. Problemas de infraestructura.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								x

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA.

FEMENINA DE 21 AÑOS CON **EMBARAZO GEMELAR** DE 19.5 SG POR FUM:09/11/2024. FPP: 16/08/2025, H.O: G1. P0, C0, A1 12/12/2018.
APP: HIPEREMESIS GRAVIDICA EN I TRIMESTRE, AL EX. FISICO: MUCOSAS HIPOCROMICAS, AR: MV NORMAL, ACV: RsCsR/S-. TA: 110/70mmHg SCORE MAMA:0
AL EX. OBSTETRICO: AU: 26CM. MF+. AL RASTREO ECOGRAFICO FETO 1. Y 2 DE 19 SG POR BIOMETRIA FETAL, BIAMNIOTICOS.
CON BUENA VITALIDAD POR MOVIMIENTO ACTIVOS Y FCF: DENTRO DE PARAMETROS NORMALES...
EX. GINECOLOGICO NO EXPLORADO... SE REALIZA REFERENCIA A II NIVEL PARA SU ADECUADO SEGUIMIENTO MULTIDICIDPLINARIO...

AL EX. OBSTETRICO: AU: 26CM. MF+. AL RASTREO ECOGRAFICO FETO 1. Y 2 DE 19 SG POR BIOMETRIA FETAL, BIAMNIOTICOS.
CON BUENA VITALIDAD POR MOVIMIENTO ACTIVOS Y FCF: DENTRO DE PARAMETROS NORMALES...

1	EMBARAZO DOBLE	O300		X	4			
2	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		X	5			
3					6			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
26/03/2025	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	