

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO								
MSP		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	2250149677										
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO		EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
LOOR		REZABLA		BRYAN		JESUS		M			24	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO										
				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.										
				3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.										
				4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutive										
				5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios										
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA													
MANABI	FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO													

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	FISIATRÍA

PACIENTE MASCULINO DE 24 AÑOS APP NO REFIERE. ACUDE PARA VALORACIÓN POR FISIATRÍA PARA CONTINUAR LA REHABILITACIÓN POSTERIOR A CIRUGIA TRAUMA LÓGICA . EXÁMEN FÍSICO CABEZA SPA CUELLO SPA TORAX SPA CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RÍTMICOS NORMOFONÉTICOS ABDOMEN DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SPA SIGNOS VITALES EN PARÁMETROS NORMALES

VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

1.	OTRAS TERAPIAS FÍSICAS	Z50.1		X	4.			
2.	SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE MIEMBRO	T93.2			5.			
3.	INFERIOR .				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/5/2026	8:00	RÓMULO	MUÑOZ	MICHELLEIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1312022369		DR ROMULO MUÑOZ		

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	