

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	CS TOSAGUA		C	DALPI099202106112		DALPI099202106112						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
PINCAY		---		DALEX		LUCIAN		M	11/06/2021	3	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN		☐	MOTIVO				
0990931370 - 0987952328		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.		☐	6. Problemas de abastecimiento.		☐	2. Falta de espacio físico.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				3. Falta de equipamiento.		☐	7. Insuficiencia de profesionales.		☐	3. Falta de equipamiento.				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		4. Equipos en mal estado.		☒	8. Inadecuada capacidad resolutive		☐	4. Equipos en mal estado.				
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA		5. Problemas de infraestructura.		☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐	5. Problemas de infraestructura.				

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

[illegible]

--

1.	TESTICULO NO DESCENDIDO, BILATERAL	Q532	X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14/03/2025	8.30 am	JUAN JOSÉ	ZAMBRANO	PINCAY
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310509771		Firmado digitalmente por: JUAN JOSÉ ZAMBRANO PINCAY		

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRIBUYE O REALIZA LA 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)

STAFF AND RELEVANT EXPERIMENTAL PROCEDURES DISCUSSED

[illegible]

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

[illegible]

II. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (H:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	