

| INSTITUCION DE SISTEMA                           | UNIDAD OPERATIVA                    | COD. Uo                | COD. LOCALIZACIÓN                           | Nº HISTORIA CLINICA  |
|--|-------------------------------------|------------------------|---|--|
| Benemerita Sociedad<br>Protectora de la infancia | Hospital León Becerra               |                        | PARROQUIA CANTON PROVINCIA Guayaquil GUAYAS |  |
|  |                                     |                        | Guayaquii GOATAG                            |  |
| 1. REGISTRO DE ADMI APELLIDO PATERNO             | SIÓN  APELLIDO MATERNO              | PRIMER NOMBR           | RE SEGUNDO NOMBRE                           | CEDULA CIUDADANÍA  |
|  | Gonzalez                            | iuan                   | eduardo                                     |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA HABIT                    | UAL(CALLE Y No MANZANA Y CASA       | BARRIO                 | PARROQUIA CANTON PROVINCIA                  | ZONA Nº TELEFONO   |
| direccion  |                                     |                        | los_rios                                    |  |
|  | JGAR DE NACIMIENTO NACIONAL         | IDAD (PAIS) G          | RUPO CULTURAL EDAD ANO SEXO CUMPLIDOS M F   | ESTADO CIVIL INSTRUCCION<br>SOL CAS DIV VIU U-L ULTIMO AÑO |
| 3/9/11 12:00 AM                                  | null                                |                        |   |  |
| FECHA DE EMISIÒN                                 | OCUPACIÓN E                         | MPRESA DONDE TRABAJ    | A TIPO DE SEGURO DE SALUD                   | REFERIDO DE  |
|  |                                     |                        |   |  |
| EN CASO NECESARIO AVISA                          | AR A: PARENTEZCO-AFINID             | AD                     | DIRECCIÓN                                   | Nº TELEFONO  |
|  |                                     | ,                      | ,   |  |
| FORMA DE LLEGADA                                 | OTRO FUENTE DE INFORMAC             | CION INSTI             | ITUCIÒN O PERSONA QUE ENTREGA AL            | Nº TELEFONO  |
|  | NSPORTE                             |                        |   |  |
| 2. INICIO DE ATENCIO                             | ÓN Y MOTIVO<br>LUMA CAUSA CLINICA   | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            |  |
|  | MOTIVO                              | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            | GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH                                |
| POLICIA  |                                     |                        |   | PACTOR KIT   |
| 3. ACCIDENTE, VIC                                | DLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVEN        | NENAMIENTO O QUE       | MADURA                                      |  |
| DEL EVENTO                                       | EVENTO                              | EVENTO                 |   |  |
| ACCIDENTE DE CAIDA TRANSITO                      | QUEMADURA MOR                       | DEDURA AHOGAN          | IIENTO CUERPO EXTRAÑO APLASTA               | MIENTO OTRO ACCIDENTE                                      |
| VIOLENCIA POR ARMA DE FUEGO ARMA PUNZ            | POR VIOLENCIA POR RIÑA VIOLENCIANTE | CIA FAMILIAR ABUSO I   | FÍSICO ABUSO PSICOLÓGICO ABUSO              | SEXUAL OTRA VIOLENCIA                                      |
| INTOXICACION INTOXICAC<br>ALCOHOLICA ALIMENTA    |                                     | ACION DE OTRA INTO     | XICACION ENVENENAMIENTO PICAL               | DURA ANAFILAXIA  |
| OBSERVACIONES                                    |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | FAMILIARES Y PERSONALES AC          |                        |   | d  |
| 1. ALERGICO 2. CLINIC                            | CO 3. GINECOLÓGICO 4. TRA           | AUMATOG 5. QUIRU       | RÍGICO 6. FARMACOLÓGICO 7. PSIQU            | 98. OTROS  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | TUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS         |                        |   |  |
|  | AEREA CONDICIÓN<br>STRUIDA ESTABLE  | CONDICIÓN<br>INESTABLE |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |



| INSTITUCION DE SISTEMA                           | UNIDAD OPERATIVA                    | COD. Uo                | COD. LOCALIZACIÓN                           | Nº HISTORIA CLINICA  |
|--|-------------------------------------|------------------------|---|--|
| Benemerita Sociedad<br>Protectora de la infancia | Hospital León Becerra               |                        | PARROQUIA CANTON PROVINCIA Guayaquil GUAYAS |  |
|  |                                     |                        | Guayaquii GOATAG                            |  |
| 1. REGISTRO DE ADMI APELLIDO PATERNO             | SIÓN  APELLIDO MATERNO              | PRIMER NOMBR           | RE SEGUNDO NOMBRE                           | CEDULA CIUDADANÍA  |
|  | Gonzalez                            | iuan                   | eduardo                                     |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA HABIT                    | UAL(CALLE Y No MANZANA Y CASA       | BARRIO                 | PARROQUIA CANTON PROVINCIA                  | ZONA Nº TELEFONO   |
| direccion  |                                     |                        | los_rios                                    |  |
|  | JGAR DE NACIMIENTO NACIONAL         | IDAD (PAIS) G          | RUPO CULTURAL EDAD ANO SEXO CUMPLIDOS M F   | ESTADO CIVIL INSTRUCCION<br>SOL CAS DIV VIU U-L ULTIMO AÑO |
| 3/9/11 12:00 AM                                  | null                                |                        |   |  |
| FECHA DE EMISIÒN                                 | OCUPACIÓN E                         | MPRESA DONDE TRABAJ    | A TIPO DE SEGURO DE SALUD                   | REFERIDO DE  |
|  |                                     |                        |   |  |
| EN CASO NECESARIO AVISA                          | AR A: PARENTEZCO-AFINID             | AD                     | DIRECCIÓN                                   | Nº TELEFONO  |
|  |                                     | ,                      | ,   |  |
| FORMA DE LLEGADA                                 | OTRO FUENTE DE INFORMAC             | CION INSTI             | ITUCIÒN O PERSONA QUE ENTREGA AL            | Nº TELEFONO  |
|  | NSPORTE                             |                        |   |  |
| 2. INICIO DE ATENCIO                             | ÓN Y MOTIVO<br>LUMA CAUSA CLINICA   | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            |  |
|  | MOTIVO                              | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            | GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH                                |
| POLICIA  |                                     |                        |   | PACTOR KIT   |
| 3. ACCIDENTE, VIC                                | DLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVEN        | NENAMIENTO O QUE       | MADURA                                      |  |
| DEL EVENTO                                       | EVENTO                              | EVENTO                 |   |  |
| ACCIDENTE DE CAIDA TRANSITO                      | QUEMADURA MOR                       | DEDURA AHOGAN          | IIENTO CUERPO EXTRAÑO APLASTA               | MIENTO OTRO ACCIDENTE                                      |
| VIOLENCIA POR ARMA DE FUEGO ARMA PUNZ            | POR VIOLENCIA POR RIÑA VIOLENCIANTE | CIA FAMILIAR ABUSO I   | FÍSICO ABUSO PSICOLÓGICO ABUSO              | SEXUAL OTRA VIOLENCIA                                      |
| INTOXICACION INTOXICAC<br>ALCOHOLICA ALIMENTA    |                                     | ACION DE OTRA INTO     | XICACION ENVENENAMIENTO PICAL               | DURA ANAFILAXIA  |
| OBSERVACIONES                                    |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | FAMILIARES Y PERSONALES AC          |                        |   | d  |
| 1. ALERGICO 2. CLINIC                            | CO 3. GINECOLÓGICO 4. TRA           | AUMATOG 5. QUIRU       | RÍGICO 6. FARMACOLÓGICO 7. PSIQU            | 98. OTROS  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | TUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS         |                        |   |  |
|  | AEREA CONDICIÓN<br>STRUIDA ESTABLE  | CONDICIÓN<br>INESTABLE |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |



| INSTITUCION DE SISTEMA                           | UNIDAD OPERATIVA                    | COD. Uo                | COD. LOCALIZACIÓN                           | Nº HISTORIA CLINICA  |
|--|-------------------------------------|------------------------|---|--|
| Benemerita Sociedad<br>Protectora de la infancia | Hospital León Becerra               |                        | PARROQUIA CANTON PROVINCIA Guayaquil GUAYAS |  |
|  |                                     |                        | Guayaquii GOATAG                            |  |
| 1. REGISTRO DE ADMI APELLIDO PATERNO             | SIÓN  APELLIDO MATERNO              | PRIMER NOMBR           | RE SEGUNDO NOMBRE                           | CEDULA CIUDADANÍA  |
|  | Gonzalez                            | iuan                   | eduardo                                     |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA HABIT                    | UAL(CALLE Y No MANZANA Y CASA       | BARRIO                 | PARROQUIA CANTON PROVINCIA                  | ZONA Nº TELEFONO   |
| direccion  |                                     |                        | los_rios                                    |  |
|  | JGAR DE NACIMIENTO NACIONAL         | IDAD (PAIS) G          | RUPO CULTURAL EDAD ANO SEXO CUMPLIDOS M F   | ESTADO CIVIL INSTRUCCION<br>SOL CAS DIV VIU U-L ULTIMO AÑO |
| 3/9/11 12:00 AM                                  | null                                |                        |   |  |
| FECHA DE EMISIÒN                                 | OCUPACIÓN E                         | MPRESA DONDE TRABAJ    | A TIPO DE SEGURO DE SALUD                   | REFERIDO DE  |
|  |                                     |                        |   |  |
| EN CASO NECESARIO AVISA                          | AR A: PARENTEZCO-AFINID             | AD                     | DIRECCIÓN                                   | Nº TELEFONO  |
|  |                                     | ,                      | ,   |  |
| FORMA DE LLEGADA                                 | OTRO FUENTE DE INFORMAC             | CION INSTI             | ITUCIÒN O PERSONA QUE ENTREGA AL            | Nº TELEFONO  |
|  | NSPORTE                             |                        |   |  |
| 2. INICIO DE ATENCIO                             | ÓN Y MOTIVO<br>LUMA CAUSA CLINICA   | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            |  |
|  | MOTIVO                              | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            | GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH                                |
| POLICIA  |                                     |                        |   | PACTOR KIT   |
| 3. ACCIDENTE, VIC                                | DLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVEN        | NENAMIENTO O QUE       | MADURA                                      |  |
| DEL EVENTO                                       | EVENTO                              | EVENTO                 |   |  |
| ACCIDENTE DE CAIDA TRANSITO                      | QUEMADURA MOR                       | DEDURA AHOGAN          | IIENTO CUERPO EXTRAÑO APLASTA               | MIENTO OTRO ACCIDENTE                                      |
| VIOLENCIA POR ARMA DE FUEGO ARMA PUNZ            | POR VIOLENCIA POR RIÑA VIOLENCIANTE | CIA FAMILIAR ABUSO I   | FÍSICO ABUSO PSICOLÓGICO ABUSO              | SEXUAL OTRA VIOLENCIA                                      |
| INTOXICACION INTOXICAC<br>ALCOHOLICA ALIMENTA    |                                     | ACION DE OTRA INTO     | XICACION ENVENENAMIENTO PICAL               | DURA ANAFILAXIA  |
| OBSERVACIONES                                    |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | FAMILIARES Y PERSONALES AC          |                        |   | d  |
| 1. ALERGICO 2. CLINIC                            | CO 3. GINECOLÓGICO 4. TRA           | AUMATOG 5. QUIRU       | RÍGICO 6. FARMACOLÓGICO 7. PSIQU            | 98. OTROS  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | TUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS         |                        |   |  |
|  | AEREA CONDICIÓN<br>STRUIDA ESTABLE  | CONDICIÓN<br>INESTABLE |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |



| INSTITUCION DE SISTEMA                           | UNIDAD OPERATIVA                    | COD. Uo                | COD. LOCALIZACIÓN                           | Nº HISTORIA CLINICA  |
|--|-------------------------------------|------------------------|---|--|
| Benemerita Sociedad<br>Protectora de la infancia | Hospital León Becerra               |                        | PARROQUIA CANTON PROVINCIA Guayaquil GUAYAS |  |
|  |                                     |                        | Guayaquii GOATAG                            |  |
| 1. REGISTRO DE ADMI APELLIDO PATERNO             | SIÓN  APELLIDO MATERNO              | PRIMER NOMBR           | RE SEGUNDO NOMBRE                           | CEDULA CIUDADANÍA  |
|  | Gonzalez                            | iuan                   | eduardo                                     |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA HABIT                    | UAL(CALLE Y No MANZANA Y CASA       | BARRIO                 | PARROQUIA CANTON PROVINCIA                  | ZONA Nº TELEFONO   |
| direccion  |                                     |                        | los_rios                                    |  |
|  | JGAR DE NACIMIENTO NACIONAL         | IDAD (PAIS) G          | RUPO CULTURAL EDAD ANO SEXO CUMPLIDOS M F   | ESTADO CIVIL INSTRUCCION<br>SOL CAS DIV VIU U-L ULTIMO AÑO |
| 3/9/11 12:00 AM                                  | null                                |                        |   |  |
| FECHA DE EMISIÒN                                 | OCUPACIÓN E                         | MPRESA DONDE TRABAJ    | A TIPO DE SEGURO DE SALUD                   | REFERIDO DE  |
|  |                                     |                        |   |  |
| EN CASO NECESARIO AVISA                          | AR A: PARENTEZCO-AFINID             | AD                     | DIRECCIÓN                                   | Nº TELEFONO  |
|  |                                     | ,                      | ,   |  |
| FORMA DE LLEGADA                                 | OTRO FUENTE DE INFORMAC             | CION INSTI             | ITUCIÒN O PERSONA QUE ENTREGA AL            | Nº TELEFONO  |
|  | NSPORTE                             |                        |   |  |
| 2. INICIO DE ATENCIO                             | ÓN Y MOTIVO<br>LUMA CAUSA CLINICA   | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            |  |
|  | MOTIVO                              | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            | GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH                                |
| POLICIA  |                                     |                        |   | PACTOR KIT   |
| 3. ACCIDENTE, VIC                                | DLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVEN        | NENAMIENTO O QUE       | MADURA                                      |  |
| DEL EVENTO                                       | EVENTO                              | EVENTO                 |   |  |
| ACCIDENTE DE CAIDA TRANSITO                      | QUEMADURA MOR                       | DEDURA AHOGAN          | IIENTO CUERPO EXTRAÑO APLASTA               | MIENTO OTRO ACCIDENTE                                      |
| VIOLENCIA POR ARMA DE FUEGO ARMA PUNZ            | POR VIOLENCIA POR RIÑA VIOLENCIANTE | CIA FAMILIAR ABUSO I   | FÍSICO ABUSO PSICOLÓGICO ABUSO              | SEXUAL OTRA VIOLENCIA                                      |
| INTOXICACION INTOXICAC<br>ALCOHOLICA ALIMENTA    |                                     | ACION DE OTRA INTO     | XICACION ENVENENAMIENTO PICAL               | DURA ANAFILAXIA  |
| OBSERVACIONES                                    |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | FAMILIARES Y PERSONALES AC          |                        |   | d  |
| 1. ALERGICO 2. CLINIC                            | CO 3. GINECOLÓGICO 4. TRA           | AUMATOG 5. QUIRU       | RÍGICO 6. FARMACOLÓGICO 7. PSIQU            | 98. OTROS  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | TUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS         |                        |   |  |
|  | AEREA CONDICIÓN<br>STRUIDA ESTABLE  | CONDICIÓN<br>INESTABLE |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |



| INSTITUCION DE SISTEMA                           | UNIDAD OPERATIVA                    | COD. Uo                | COD. LOCALIZACIÓN                           | Nº HISTORIA CLINICA  |
|--|-------------------------------------|------------------------|---|--|
| Benemerita Sociedad<br>Protectora de la infancia | Hospital León Becerra               |                        | PARROQUIA CANTON PROVINCIA Guayaquil GUAYAS |  |
|  |                                     |                        | Guayaquii GOATAG                            |  |
| 1. REGISTRO DE ADMI APELLIDO PATERNO             | SIÓN  APELLIDO MATERNO              | PRIMER NOMBR           | RE SEGUNDO NOMBRE                           | CEDULA CIUDADANÍA  |
|  | Gonzalez                            | iuan                   | eduardo                                     |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA HABIT                    | UAL(CALLE Y No MANZANA Y CASA       | BARRIO                 | PARROQUIA CANTON PROVINCIA                  | ZONA Nº TELEFONO   |
| direccion  |                                     |                        | los_rios                                    |  |
|  | JGAR DE NACIMIENTO NACIONAL         | IDAD (PAIS) G          | RUPO CULTURAL EDAD ANO SEXO CUMPLIDOS M F   | ESTADO CIVIL INSTRUCCION<br>SOL CAS DIV VIU U-L ULTIMO AÑO |
| 3/9/11 12:00 AM                                  | null                                |                        |   |  |
| FECHA DE EMISIÒN                                 | OCUPACIÓN E                         | MPRESA DONDE TRABAJ    | A TIPO DE SEGURO DE SALUD                   | REFERIDO DE  |
|  |                                     |                        |   |  |
| EN CASO NECESARIO AVISA                          | AR A: PARENTEZCO-AFINID             | AD                     | DIRECCIÓN                                   | Nº TELEFONO  |
|  |                                     | ,                      | ,   |  |
| FORMA DE LLEGADA                                 | OTRO FUENTE DE INFORMAC             | CION INSTI             | ITUCIÒN O PERSONA QUE ENTREGA AL            | Nº TELEFONO  |
|  | NSPORTE                             |                        |   |  |
| 2. INICIO DE ATENCIO                             | ÓN Y MOTIVO<br>LUMA CAUSA CLINICA   | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            |  |
|  | MOTIVO                              | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            | GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH                                |
| POLICIA  |                                     |                        |   | PACTOR KIT   |
| 3. ACCIDENTE, VIC                                | DLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVEN        | NENAMIENTO O QUE       | MADURA                                      |  |
| DEL EVENTO                                       | EVENTO                              | EVENTO                 |   |  |
| ACCIDENTE DE CAIDA TRANSITO                      | QUEMADURA MOR                       | DEDURA AHOGAN          | IIENTO CUERPO EXTRAÑO APLASTA               | MIENTO OTRO ACCIDENTE                                      |
| VIOLENCIA POR ARMA DE FUEGO ARMA PUNZ            | POR VIOLENCIA POR RIÑA VIOLENCIANTE | CIA FAMILIAR ABUSO I   | FÍSICO ABUSO PSICOLÓGICO ABUSO              | SEXUAL OTRA VIOLENCIA                                      |
| INTOXICACION INTOXICAC<br>ALCOHOLICA ALIMENTA    |                                     | ACION DE OTRA INTO     | XICACION ENVENENAMIENTO PICAL               | DURA ANAFILAXIA  |
| OBSERVACIONES                                    |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | FAMILIARES Y PERSONALES AC          |                        |   | d  |
| 1. ALERGICO 2. CLINIC                            | CO 3. GINECOLÓGICO 4. TRA           | AUMATOG 5. QUIRU       | RÍGICO 6. FARMACOLÓGICO 7. PSIQU            | 98. OTROS  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | TUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS         |                        |   |  |
|  | AEREA CONDICIÓN<br>STRUIDA ESTABLE  | CONDICIÓN<br>INESTABLE |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |



| INSTITUCION DE SISTEMA                           | UNIDAD OPERATIVA                    | COD. Uo                | COD. LOCALIZACIÓN                           | Nº HISTORIA CLINICA  |
|--|-------------------------------------|------------------------|---|--|
| Benemerita Sociedad<br>Protectora de la infancia | Hospital León Becerra               |                        | PARROQUIA CANTON PROVINCIA Guayaquil GUAYAS |  |
|  |                                     |                        | Guayaquii GOATAG                            |  |
| 1. REGISTRO DE ADMI APELLIDO PATERNO             | SIÓN  APELLIDO MATERNO              | PRIMER NOMBR           | RE SEGUNDO NOMBRE                           | CEDULA CIUDADANÍA  |
|  | Gonzalez                            | iuan                   | eduardo                                     |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA HABIT                    | UAL(CALLE Y No MANZANA Y CASA       | BARRIO                 | PARROQUIA CANTON PROVINCIA                  | ZONA Nº TELEFONO   |
| direccion  |                                     |                        | los_rios                                    |  |
|  | JGAR DE NACIMIENTO NACIONAL         | IDAD (PAIS) G          | RUPO CULTURAL EDAD ANO SEXO CUMPLIDOS M F   | ESTADO CIVIL INSTRUCCION<br>SOL CAS DIV VIU U-L ULTIMO AÑO |
| 3/9/11 12:00 AM                                  | null                                |                        |   |  |
| FECHA DE EMISIÒN                                 | OCUPACIÓN E                         | MPRESA DONDE TRABAJ    | A TIPO DE SEGURO DE SALUD                   | REFERIDO DE  |
|  |                                     |                        |   |  |
| EN CASO NECESARIO AVISA                          | AR A: PARENTEZCO-AFINID             | AD                     | DIRECCIÓN                                   | Nº TELEFONO  |
|  |                                     | ,                      | ,   |  |
| FORMA DE LLEGADA                                 | OTRO FUENTE DE INFORMAC             | CION INSTI             | ITUCIÒN O PERSONA QUE ENTREGA AL            | Nº TELEFONO  |
|  | NSPORTE                             |                        |   |  |
| 2. INICIO DE ATENCIO                             | ÓN Y MOTIVO<br>LUMA CAUSA CLINICA   | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            |  |
|  | MOTIVO                              | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            | GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH                                |
| POLICIA  |                                     |                        |   | PACTOR KIT   |
| 3. ACCIDENTE, VIC                                | DLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVEN        | NENAMIENTO O QUE       | MADURA                                      |  |
| DEL EVENTO                                       | EVENTO                              | EVENTO                 |   |  |
| ACCIDENTE DE CAIDA TRANSITO                      | QUEMADURA MOR                       | DEDURA AHOGAN          | IIENTO CUERPO EXTRAÑO APLASTA               | MIENTO OTRO ACCIDENTE                                      |
| VIOLENCIA POR ARMA DE FUEGO ARMA PUNZ            | POR VIOLENCIA POR RIÑA VIOLENCIANTE | CIA FAMILIAR ABUSO I   | FÍSICO ABUSO PSICOLÓGICO ABUSO              | SEXUAL OTRA VIOLENCIA                                      |
| INTOXICACION INTOXICAC<br>ALCOHOLICA ALIMENTA    |                                     | ACION DE OTRA INTO     | XICACION ENVENENAMIENTO PICAL               | DURA ANAFILAXIA  |
| OBSERVACIONES                                    |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | FAMILIARES Y PERSONALES AC          |                        |   | d  |
| 1. ALERGICO 2. CLINIC                            | CO 3. GINECOLÓGICO 4. TRA           | AUMATOG 5. QUIRU       | RÍGICO 6. FARMACOLÓGICO 7. PSIQU            | 98. OTROS  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | TUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS         |                        |   |  |
|  | AEREA CONDICIÓN<br>STRUIDA ESTABLE  | CONDICIÓN<br>INESTABLE |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |



| INSTITUCION DE SISTEMA                           | UNIDAD OPERATIVA                    | COD. Uo                | COD. LOCALIZACIÓN                           | Nº HISTORIA CLINICA  |
|--|-------------------------------------|------------------------|---|--|
| Benemerita Sociedad<br>Protectora de la infancia | Hospital León Becerra               |                        | PARROQUIA CANTON PROVINCIA Guayaquil GUAYAS |  |
|  |                                     |                        | Guayaquii GOATAG                            |  |
| 1. REGISTRO DE ADMI APELLIDO PATERNO             | SIÓN  APELLIDO MATERNO              | PRIMER NOMBR           | RE SEGUNDO NOMBRE                           | CEDULA CIUDADANÍA  |
|  | Gonzalez                            | iuan                   | eduardo                                     |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA HABIT                    | UAL(CALLE Y No MANZANA Y CASA       | BARRIO                 | PARROQUIA CANTON PROVINCIA                  | ZONA Nº TELEFONO   |
| direccion  |                                     |                        | los_rios                                    |  |
|  | JGAR DE NACIMIENTO NACIONAL         | IDAD (PAIS) G          | RUPO CULTURAL EDAD ANO SEXO CUMPLIDOS M F   | ESTADO CIVIL INSTRUCCION<br>SOL CAS DIV VIU U-L ULTIMO AÑO |
| 3/9/11 12:00 AM                                  | null                                |                        |   |  |
| FECHA DE EMISIÒN                                 | OCUPACIÓN E                         | MPRESA DONDE TRABAJ    | A TIPO DE SEGURO DE SALUD                   | REFERIDO DE  |
|  |                                     |                        |   |  |
| EN CASO NECESARIO AVISA                          | AR A: PARENTEZCO-AFINID             | AD                     | DIRECCIÓN                                   | Nº TELEFONO  |
|  |                                     | ,                      | ,   |  |
| FORMA DE LLEGADA                                 | OTRO FUENTE DE INFORMAC             | CION INSTI             | ITUCIÒN O PERSONA QUE ENTREGA AL            | Nº TELEFONO  |
|  | NSPORTE                             |                        |   |  |
| 2. INICIO DE ATENCIO                             | ÓN Y MOTIVO<br>LUMA CAUSA CLINICA   | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            |  |
|  | MOTIVO                              | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            | GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH                                |
| POLICIA  |                                     |                        |   | PACTOR KIT   |
| 3. ACCIDENTE, VIC                                | DLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVEN        | NENAMIENTO O QUE       | MADURA                                      |  |
| DEL EVENTO                                       | EVENTO                              | EVENTO                 |   |  |
| ACCIDENTE DE CAIDA TRANSITO                      | QUEMADURA MOR                       | DEDURA AHOGAN          | IIENTO CUERPO EXTRAÑO APLASTA               | MIENTO OTRO ACCIDENTE                                      |
| VIOLENCIA POR ARMA DE FUEGO ARMA PUNZ            | POR VIOLENCIA POR RIÑA VIOLENCIANTE | CIA FAMILIAR ABUSO I   | FÍSICO ABUSO PSICOLÓGICO ABUSO              | SEXUAL OTRA VIOLENCIA                                      |
| INTOXICACION INTOXICAC<br>ALCOHOLICA ALIMENTA    |                                     | ACION DE OTRA INTO     | XICACION ENVENENAMIENTO PICAL               | DURA ANAFILAXIA  |
| OBSERVACIONES                                    |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | FAMILIARES Y PERSONALES AC          |                        |   | d  |
| 1. ALERGICO 2. CLINIC                            | CO 3. GINECOLÓGICO 4. TRA           | AUMATOG 5. QUIRU       | RÍGICO 6. FARMACOLÓGICO 7. PSIQU            | 98. OTROS  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | TUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS         |                        |   |  |
|  | AEREA CONDICIÓN<br>STRUIDA ESTABLE  | CONDICIÓN<br>INESTABLE |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |



| INSTITUCION DE SISTEMA                           | UNIDAD OPERATIVA                    | COD. Uo                | COD. LOCALIZACIÓN                           | Nº HISTORIA CLINICA  |
|--|-------------------------------------|------------------------|---|--|
| Benemerita Sociedad<br>Protectora de la infancia | Hospital León Becerra               |                        | PARROQUIA CANTON PROVINCIA Guayaquil GUAYAS |  |
|  |                                     |                        | Guayaquii GOATAG                            |  |
| 1. REGISTRO DE ADMI APELLIDO PATERNO             | SIÓN  APELLIDO MATERNO              | PRIMER NOMBR           | RE SEGUNDO NOMBRE                           | CEDULA CIUDADANÍA  |
|  | Gonzalez                            | iuan                   | eduardo                                     |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA HABIT                    | UAL(CALLE Y No MANZANA Y CASA       | BARRIO                 | PARROQUIA CANTON PROVINCIA                  | ZONA Nº TELEFONO   |
| direccion  |                                     |                        | los_rios                                    |  |
|  | JGAR DE NACIMIENTO NACIONAL         | IDAD (PAIS) G          | RUPO CULTURAL EDAD ANO SEXO CUMPLIDOS M F   | ESTADO CIVIL INSTRUCCION<br>SOL CAS DIV VIU U-L ULTIMO AÑO |
| 3/9/11 12:00 AM                                  | null                                |                        |   |  |
| FECHA DE EMISIÒN                                 | OCUPACIÓN E                         | MPRESA DONDE TRABAJ    | A TIPO DE SEGURO DE SALUD                   | REFERIDO DE  |
|  |                                     |                        |   |  |
| EN CASO NECESARIO AVISA                          | AR A: PARENTEZCO-AFINID             | AD                     | DIRECCIÓN                                   | Nº TELEFONO  |
|  |                                     | ,                      | ,   |  |
| FORMA DE LLEGADA                                 | OTRO FUENTE DE INFORMAC             | CION INSTI             | ITUCIÒN O PERSONA QUE ENTREGA AL            | Nº TELEFONO  |
|  | NSPORTE                             |                        |   |  |
| 2. INICIO DE ATENCIO                             | ÓN Y MOTIVO<br>LUMA CAUSA CLINICA   | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            |  |
|  | MOTIVO                              | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            | GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH                                |
| POLICIA  |                                     |                        |   | PACTOR KIT   |
| 3. ACCIDENTE, VIC                                | DLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVEN        | NENAMIENTO O QUE       | MADURA                                      |  |
| DEL EVENTO                                       | EVENTO                              | EVENTO                 |   |  |
| ACCIDENTE DE CAIDA TRANSITO                      | QUEMADURA MOR                       | DEDURA AHOGAN          | IIENTO CUERPO EXTRAÑO APLASTA               | MIENTO OTRO ACCIDENTE                                      |
| VIOLENCIA POR ARMA DE FUEGO ARMA PUNZ            | POR VIOLENCIA POR RIÑA VIOLENCIANTE | CIA FAMILIAR ABUSO I   | FÍSICO ABUSO PSICOLÓGICO ABUSO              | SEXUAL OTRA VIOLENCIA                                      |
| INTOXICACION INTOXICAC<br>ALCOHOLICA ALIMENTA    |                                     | ACION DE OTRA INTO     | XICACION ENVENENAMIENTO PICAL               | DURA ANAFILAXIA  |
| OBSERVACIONES                                    |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | FAMILIARES Y PERSONALES AC          |                        |   | d  |
| 1. ALERGICO 2. CLINIC                            | CO 3. GINECOLÓGICO 4. TRA           | AUMATOG 5. QUIRU       | RÍGICO 6. FARMACOLÓGICO 7. PSIQU            | 98. OTROS  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | TUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS         |                        |   |  |
|  | AEREA CONDICIÓN<br>STRUIDA ESTABLE  | CONDICIÓN<br>INESTABLE |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |



| INSTITUCION DE SISTEMA                           | UNIDAD OPERATIVA                    | COD. Uo                | COD. LOCALIZACIÓN                           | Nº HISTORIA CLINICA  |
|--|-------------------------------------|------------------------|---|--|
| Benemerita Sociedad<br>Protectora de la infancia | Hospital León Becerra               |                        | PARROQUIA CANTON PROVINCIA Guayaquil GUAYAS |  |
|  |                                     |                        | Guayaquii GOATAG                            |  |
| 1. REGISTRO DE ADMI APELLIDO PATERNO             | SIÓN  APELLIDO MATERNO              | PRIMER NOMBR           | RE SEGUNDO NOMBRE                           | CEDULA CIUDADANÍA  |
|  | Gonzalez                            | iuan                   | eduardo                                     |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA HABIT                    | UAL(CALLE Y No MANZANA Y CASA       | BARRIO                 | PARROQUIA CANTON PROVINCIA                  | ZONA Nº TELEFONO   |
| direccion  |                                     |                        | los_rios                                    |  |
|  | JGAR DE NACIMIENTO NACIONAL         | IDAD (PAIS) G          | RUPO CULTURAL EDAD ANO SEXO CUMPLIDOS M F   | ESTADO CIVIL INSTRUCCION<br>SOL CAS DIV VIU U-L ULTIMO AÑO |
| 3/9/11 12:00 AM                                  | null                                |                        |   |  |
| FECHA DE EMISIÒN                                 | OCUPACIÓN E                         | MPRESA DONDE TRABAJ    | A TIPO DE SEGURO DE SALUD                   | REFERIDO DE  |
|  |                                     |                        |   |  |
| EN CASO NECESARIO AVISA                          | AR A: PARENTEZCO-AFINID             | AD                     | DIRECCIÓN                                   | Nº TELEFONO  |
|  |                                     | ,                      | ,   |  |
| FORMA DE LLEGADA                                 | OTRO FUENTE DE INFORMAC             | CION INSTI             | ITUCIÒN O PERSONA QUE ENTREGA AL            | Nº TELEFONO  |
|  | NSPORTE                             |                        |   |  |
| 2. INICIO DE ATENCIO                             | ÓN Y MOTIVO<br>LUMA CAUSA CLINICA   | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            |  |
|  | MOTIVO                              | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            | GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH                                |
| POLICIA  |                                     |                        |   | PACTOR KIT   |
| 3. ACCIDENTE, VIC                                | DLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVEN        | NENAMIENTO O QUE       | MADURA                                      |  |
| DEL EVENTO                                       | EVENTO                              | EVENTO                 |   |  |
| ACCIDENTE DE CAIDA TRANSITO                      | QUEMADURA MOR                       | DEDURA AHOGAN          | IIENTO CUERPO EXTRAÑO APLASTA               | MIENTO OTRO ACCIDENTE                                      |
| VIOLENCIA POR ARMA DE FUEGO ARMA PUNZ            | POR VIOLENCIA POR RIÑA VIOLENCIANTE | CIA FAMILIAR ABUSO I   | FÍSICO ABUSO PSICOLÓGICO ABUSO              | SEXUAL OTRA VIOLENCIA                                      |
| INTOXICACION INTOXICAC<br>ALCOHOLICA ALIMENTA    |                                     | ACION DE OTRA INTO     | XICACION ENVENENAMIENTO PICAL               | DURA ANAFILAXIA  |
| OBSERVACIONES                                    |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | FAMILIARES Y PERSONALES AC          |                        |   | d  |
| 1. ALERGICO 2. CLINIC                            | CO 3. GINECOLÓGICO 4. TRA           | AUMATOG 5. QUIRU       | RÍGICO 6. FARMACOLÓGICO 7. PSIQU            | 98. OTROS  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | TUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS         |                        |   |  |
|  | AEREA CONDICIÓN<br>STRUIDA ESTABLE  | CONDICIÓN<br>INESTABLE |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |



| INSTITUCION DE SISTEMA                           | UNIDAD OPERATIVA                    | COD. Uo                | COD. LOCALIZACIÓN                           | Nº HISTORIA CLINICA  |
|--|-------------------------------------|------------------------|---|--|
| Benemerita Sociedad<br>Protectora de la infancia | Hospital León Becerra               |                        | PARROQUIA CANTON PROVINCIA Guayaquil GUAYAS |  |
|  |                                     |                        | Guayaquii GOATAG                            |  |
| 1. REGISTRO DE ADMI APELLIDO PATERNO             | SIÓN  APELLIDO MATERNO              | PRIMER NOMBR           | RE SEGUNDO NOMBRE                           | CEDULA CIUDADANÍA  |
|  | Gonzalez                            | iuan                   | eduardo                                     |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA HABIT                    | UAL(CALLE Y No MANZANA Y CASA       | BARRIO                 | PARROQUIA CANTON PROVINCIA                  | ZONA Nº TELEFONO   |
| direccion  |                                     |                        | los_rios                                    |  |
|  | JGAR DE NACIMIENTO NACIONAL         | IDAD (PAIS) G          | RUPO CULTURAL EDAD ANO SEXO CUMPLIDOS M F   | ESTADO CIVIL INSTRUCCION<br>SOL CAS DIV VIU U-L ULTIMO AÑO |
| 3/9/11 12:00 AM                                  | null                                |                        |   |  |
| FECHA DE EMISIÒN                                 | OCUPACIÓN E                         | MPRESA DONDE TRABAJ    | A TIPO DE SEGURO DE SALUD                   | REFERIDO DE  |
|  |                                     |                        |   |  |
| EN CASO NECESARIO AVISA                          | AR A: PARENTEZCO-AFINID             | AD                     | DIRECCIÓN                                   | Nº TELEFONO  |
|  |                                     | ,                      | ,   |  |
| FORMA DE LLEGADA                                 | OTRO FUENTE DE INFORMAC             | CION INSTI             | ITUCIÒN O PERSONA QUE ENTREGA AL            | Nº TELEFONO  |
|  | NSPORTE                             |                        |   |  |
| 2. INICIO DE ATENCIO                             | ÓN Y MOTIVO<br>LUMA CAUSA CLINICA   | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            |  |
|  | MOTIVO                              | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            | GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH                                |
| POLICIA  |                                     |                        |   | PACTOR KIT   |
| 3. ACCIDENTE, VIC                                | DLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVEN        | NENAMIENTO O QUE       | MADURA                                      |  |
| DEL EVENTO                                       | EVENTO                              | EVENTO                 |   |  |
| ACCIDENTE DE CAIDA TRANSITO                      | QUEMADURA MOR                       | DEDURA AHOGAN          | IIENTO CUERPO EXTRAÑO APLASTA               | MIENTO OTRO ACCIDENTE                                      |
| VIOLENCIA POR ARMA DE FUEGO ARMA PUNZ            | POR VIOLENCIA POR RIÑA VIOLENCIANTE | CIA FAMILIAR ABUSO I   | FÍSICO ABUSO PSICOLÓGICO ABUSO              | SEXUAL OTRA VIOLENCIA                                      |
| INTOXICACION INTOXICAC<br>ALCOHOLICA ALIMENTA    |                                     | ACION DE OTRA INTO     | XICACION ENVENENAMIENTO PICAL               | DURA ANAFILAXIA  |
| OBSERVACIONES                                    |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | FAMILIARES Y PERSONALES AC          |                        |   | d  |
| 1. ALERGICO 2. CLINIC                            | CO 3. GINECOLÓGICO 4. TRA           | AUMATOG 5. QUIRU       | RÍGICO 6. FARMACOLÓGICO 7. PSIQU            | 98. OTROS  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | TUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS         |                        |   |  |
|  | AEREA CONDICIÓN<br>STRUIDA ESTABLE  | CONDICIÓN<br>INESTABLE |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |



| INSTITUCION DE SISTEMA                           | UNIDAD OPERATIVA                    | COD. Uo                | COD. LOCALIZACIÓN                           | Nº HISTORIA CLINICA  |
|--|-------------------------------------|------------------------|---|--|
| Benemerita Sociedad<br>Protectora de la infancia | Hospital León Becerra               |                        | PARROQUIA CANTON PROVINCIA Guayaquil GUAYAS |  |
|  |                                     |                        | Guayaquii GOATAG                            |  |
| 1. REGISTRO DE ADMI APELLIDO PATERNO             | SIÓN  APELLIDO MATERNO              | PRIMER NOMBR           | RE SEGUNDO NOMBRE                           | CEDULA CIUDADANÍA  |
|  | Gonzalez                            | iuan                   | eduardo                                     |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA HABIT                    | UAL(CALLE Y No MANZANA Y CASA       | BARRIO                 | PARROQUIA CANTON PROVINCIA                  | ZONA Nº TELEFONO   |
| direccion  |                                     |                        | los_rios                                    |  |
|  | JGAR DE NACIMIENTO NACIONAL         | IDAD (PAIS) G          | RUPO CULTURAL EDAD ANO SEXO CUMPLIDOS M F   | ESTADO CIVIL INSTRUCCION<br>SOL CAS DIV VIU U-L ULTIMO AÑO |
| 3/9/11 12:00 AM                                  | null                                |                        |   |  |
| FECHA DE EMISIÒN                                 | OCUPACIÓN E                         | MPRESA DONDE TRABAJ    | A TIPO DE SEGURO DE SALUD                   | REFERIDO DE  |
|  |                                     |                        |   |  |
| EN CASO NECESARIO AVISA                          | AR A: PARENTEZCO-AFINID             | AD                     | DIRECCIÓN                                   | Nº TELEFONO  |
|  |                                     | ,                      | ,   |  |
| FORMA DE LLEGADA                                 | OTRO FUENTE DE INFORMAC             | CION INSTI             | ITUCIÒN O PERSONA QUE ENTREGA AL            | Nº TELEFONO  |
|  | NSPORTE                             |                        |   |  |
| 2. INICIO DE ATENCIO                             | ÓN Y MOTIVO<br>LUMA CAUSA CLINICA   | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            |  |
|  | MOTIVO                              | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            | GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH                                |
| POLICIA  |                                     |                        |   | PACTOR KIT   |
| 3. ACCIDENTE, VIC                                | DLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVEN        | NENAMIENTO O QUE       | MADURA                                      |  |
| DEL EVENTO                                       | EVENTO                              | EVENTO                 |   |  |
| ACCIDENTE DE CAIDA TRANSITO                      | QUEMADURA MOR                       | DEDURA AHOGAN          | IIENTO CUERPO EXTRAÑO APLASTA               | MIENTO OTRO ACCIDENTE                                      |
| VIOLENCIA POR ARMA DE FUEGO ARMA PUNZ            | POR VIOLENCIA POR RIÑA VIOLENCIANTE | CIA FAMILIAR ABUSO I   | FÍSICO ABUSO PSICOLÓGICO ABUSO              | SEXUAL OTRA VIOLENCIA                                      |
| INTOXICACION INTOXICAC<br>ALCOHOLICA ALIMENTA    |                                     | ACION DE OTRA INTO     | XICACION ENVENENAMIENTO PICAL               | DURA ANAFILAXIA  |
| OBSERVACIONES                                    |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | FAMILIARES Y PERSONALES AC          |                        |   | d  |
| 1. ALERGICO 2. CLINIC                            | CO 3. GINECOLÓGICO 4. TRA           | AUMATOG 5. QUIRU       | RÍGICO 6. FARMACOLÓGICO 7. PSIQU            | 98. OTROS  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | TUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS         |                        |   |  |
|  | AEREA CONDICIÓN<br>STRUIDA ESTABLE  | CONDICIÓN<br>INESTABLE |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |



| INSTITUCION DE SISTEMA                           | UNIDAD OPERATIVA                    | COD. Uo                | COD. LOCALIZACIÓN                           | Nº HISTORIA CLINICA  |
|--|-------------------------------------|------------------------|---|--|
| Benemerita Sociedad<br>Protectora de la infancia | Hospital León Becerra               |                        | PARROQUIA CANTON PROVINCIA Guayaquil GUAYAS |  |
|  |                                     |                        | Guayaquii GOATAG                            |  |
| 1. REGISTRO DE ADMI APELLIDO PATERNO             | SIÓN  APELLIDO MATERNO              | PRIMER NOMBR           | RE SEGUNDO NOMBRE                           | CEDULA CIUDADANÍA  |
|  | Gonzalez                            | iuan                   | eduardo                                     |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA HABIT                    | UAL(CALLE Y No MANZANA Y CASA       | BARRIO                 | PARROQUIA CANTON PROVINCIA                  | ZONA Nº TELEFONO   |
| direccion  |                                     |                        | los_rios                                    |  |
|  | JGAR DE NACIMIENTO NACIONAL         | IDAD (PAIS) G          | RUPO CULTURAL EDAD ANO SEXO CUMPLIDOS M F   | ESTADO CIVIL INSTRUCCION<br>SOL CAS DIV VIU U-L ULTIMO AÑO |
| 3/9/11 12:00 AM                                  | null                                |                        |   |  |
| FECHA DE EMISIÒN                                 | OCUPACIÓN E                         | MPRESA DONDE TRABAJ    | A TIPO DE SEGURO DE SALUD                   | REFERIDO DE  |
|  |                                     |                        |   |  |
| EN CASO NECESARIO AVISA                          | AR A: PARENTEZCO-AFINID             | AD                     | DIRECCIÓN                                   | Nº TELEFONO  |
|  |                                     | ,                      | ,   |  |
| FORMA DE LLEGADA                                 | OTRO FUENTE DE INFORMAC             | CION INSTI             | ITUCIÒN O PERSONA QUE ENTREGA AL            | Nº TELEFONO  |
|  | NSPORTE                             |                        |   |  |
| 2. INICIO DE ATENCIO                             | ÓN Y MOTIVO<br>LUMA CAUSA CLINICA   | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            |  |
|  | MOTIVO                              | CAUSA G. OBSTETRICA    | CAUSA QUIRURGICA                            | GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH                                |
| POLICIA  |                                     |                        |   | PACTOR KIT   |
| 3. ACCIDENTE, VIC                                | DLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVEN        | NENAMIENTO O QUE       | MADURA                                      |  |
| DEL EVENTO                                       | EVENTO                              | EVENTO                 |   |  |
| ACCIDENTE DE CAIDA TRANSITO                      | QUEMADURA MOR                       | DEDURA AHOGAN          | IIENTO CUERPO EXTRAÑO APLASTA               | MIENTO OTRO ACCIDENTE                                      |
| VIOLENCIA POR ARMA DE FUEGO ARMA PUNZ            | POR VIOLENCIA POR RIÑA VIOLENCIANTE | CIA FAMILIAR ABUSO I   | FÍSICO ABUSO PSICOLÓGICO ABUSO              | SEXUAL OTRA VIOLENCIA                                      |
| INTOXICACION INTOXICAC<br>ALCOHOLICA ALIMENTA    |                                     | ACION DE OTRA INTO     | XICACION ENVENENAMIENTO PICAL               | DURA ANAFILAXIA  |
| OBSERVACIONES                                    |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | FAMILIARES Y PERSONALES AC          |                        |   | d  |
| 1. ALERGICO 2. CLINIC                            | CO 3. GINECOLÓGICO 4. TRA           | AUMATOG 5. QUIRU       | RÍGICO 6. FARMACOLÓGICO 7. PSIQU            | 98. OTROS  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  | TUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS         |                        |   |  |
|  | AEREA CONDICIÓN<br>STRUIDA ESTABLE  | CONDICIÓN<br>INESTABLE |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |
|  |                                     |                        |   |  |



| INSTITUCION DE SISTEM  | 1A                     | UNIDAD OPERATIVA         | со                     | D. Uo                | (          | COD. LOCALIZACIÓ    | N                   | Nº HISTORIA CLINICA |                               |  |
|--|------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| Benemerita Socieda<br>Protectora de la infan   |                        | lospital León Becer      | ra                     | P                    | ARROQUIA   | CANTON<br>Guayaquil | PROVINCIA<br>GUAYAS |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            | Guayaquii           | GOATAG              |                     |                               |  |
| 1. REGISTRO DE A   |                        | APELLIDO MATERNO         | P                      | RIMER NOMBRE         |            | SEGUNDO N           | OMBRE               | CED                 | ULA CIUDADANÍA                |  |
| Gomez  | Gonzale                |                          | juan                   |                      | е          | duardo              |                     |                     |                               |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA H  | ABITUAL(CALLE          | E Y No MANZANA Y CAS     | A                      | BARRIO PA            | ARROQUIA   | CANTON              | PROVINCIA           | ZONA                | Nº TELEFONO                   |  |
| direccion  |                        |                          |                        |                      |            | los                 | s_rios              |                     |                               |  |
| FECHA NACIMIENTO   | LUGAR DE N             | ACIMIENTO NA             | ACIONALIDAD (PAIS)     | GRU                  | IPO CULTUR | RAL CUMPLIDO        |                     | CAS DIV VIU         | INSTRUCCION<br>J-L ULTIMO AÑO |  |
| 3/9/11 12:00 AM  |                        | null                     |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| FECHA DE EMISIÓN   | 00                     | CUPACIÒN                 | EMPRESA DO             | ONDE TRABAJA         | Т          | IPO DE SEGURO DE    | SALUD               | F                   | REFERIDO DE                   |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| EN CASO NECESARIO A  | VISAR A:               | PARENTEZCO               | D-AFINIDAD             | T                    | DI         | RECCIÓN             | I                   | ı                   | Nº TELEFONO                   |  |
|  |                        |                          | ,                      |                      | ,          |                     |                     |                     |                               |  |
| FORMA DE LLEG  | OTRO                   | FUENTE DE IN             | FORMACION              | INSTITU              | JCION O PE | RSONA QUE ENTRE     | GA AL               | 1                   | Nº TELEFONO                   |  |
| AMBULATORIO AMBULANCIA   | TRANSPORTE             |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 2. INICIO DE ATEI  |                        |                          | CAUSA C                | ODSTETDICA           | _          | CALISA OLUBUI       | acica.              |                     |                               |  |
| NOTIFICACION A LA  | TRAUMA TRO MOTIVO      | CAUSA CLINICA            | CAUSA G                | 6. OBSTETRICA        |            | CAUSA QUIRUF        | RGICA               |                     | SANGUINEO Y<br>ACTOR RH       |  |
| POLICIA  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     | ACTOR RH                      |  |
| 3. ACCIDENTE   | , VIOLENCIA            | , INTOXICACIÓN, I        | ENVENENAMIE            | NTO O QUEM           | IADURA     |                     |                     |                     |                               |  |
| DEL EVENTO   |                        | EVENTO                   |                        | EVENTO               |            |                     |                     |                     |                               |  |
| ACCIDENTE DE CONTRA CON | CAIDA                  | QUEMADURA                | MORDEDURA              | AHOGAMIEN            | NTO        | CUERPO EXTRAÑO      | APLASTAMII          | ENTO                | OTRO ACCIDENTE                |  |
| VIOLENCIA POR VIOLE ARMA DE FUEGO ARMA   | ENCIA POR<br>PUNZANTE  | VIOLENCIA POR RIÑA       | VIOLENCIA FAMILIAR     | ABUSO FÍSI           | ico        | ABUSO PSICOLÓGICO   | ABUSO SE            | KUAL                | OTRA VIOLENCIA                |  |
|  | XICACION<br>IENTARIA   | INTOXICACINON POR DROGAS | INHALACION DE<br>GASES | OTRA INTOXIC         | ACION      | ENVENENAMIENTO      | PICADUF             | RA .                | ANAFILAXIA                    |  |
| OBSERVACIONES  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        | RES Y PERSONALI          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 1. ALERGICO 2. C   | CLINICO                | 3. GINECOLÓGICO          | 4. TRAUMATOG           | 5. QUIRURÍG          | BICO       | 6. FARMACOLÓGICO    | 7. PSIQUÍA          | ПСО                 | 8. OTROS                      |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 5. ENFERMEDAD  | ACTUAL Y               | REVISIÓN DE SIST         | TEMAS                  |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| VIA AÉREA LIBRE  | VIA AEREA<br>OBSTRUIDA | CONDICIO                 | N C                    | ONDICIÓN<br>IESTABLE |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |



| INSTITUCION DE SISTEM  | 1A                     | UNIDAD OPERATIVA         | со                     | D. Uo                | (          | COD. LOCALIZACIÓ    | N                   | Nº HISTORIA CLINICA |                               |  |
|--|------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| Benemerita Socieda<br>Protectora de la infan   |                        | lospital León Becer      | ra                     | P                    | ARROQUIA   | CANTON<br>Guayaquil | PROVINCIA<br>GUAYAS |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            | Guayaquii           | GOATAG              |                     |                               |  |
| 1. REGISTRO DE A   |                        | APELLIDO MATERNO         | P                      | RIMER NOMBRE         |            | SEGUNDO N           | OMBRE               | CED                 | ULA CIUDADANÍA                |  |
| Gomez  | Gonzale                |                          | juan                   |                      | е          | duardo              |                     |                     |                               |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA H  | ABITUAL(CALLE          | E Y No MANZANA Y CAS     | A                      | BARRIO PA            | ARROQUIA   | CANTON              | PROVINCIA           | ZONA                | Nº TELEFONO                   |  |
| direccion  |                        |                          |                        |                      |            | los                 | s_rios              |                     |                               |  |
| FECHA NACIMIENTO   | LUGAR DE N             | ACIMIENTO NA             | ACIONALIDAD (PAIS)     | GRU                  | IPO CULTUR | RAL CUMPLIDO        |                     | CAS DIV VIU         | INSTRUCCION<br>J-L ULTIMO AÑO |  |
| 3/9/11 12:00 AM  |                        | null                     |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| FECHA DE EMISIÓN   | 00                     | CUPACIÒN                 | EMPRESA DO             | ONDE TRABAJA         | Т          | IPO DE SEGURO DE    | SALUD               | F                   | REFERIDO DE                   |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| EN CASO NECESARIO A  | VISAR A:               | PARENTEZCO               | D-AFINIDAD             | T                    | DI         | RECCIÓN             | I                   | ı                   | Nº TELEFONO                   |  |
|  |                        |                          | ,                      |                      | ,          |                     |                     |                     |                               |  |
| FORMA DE LLEG  | OTRO                   | FUENTE DE IN             | FORMACION              | INSTITU              | JCION O PE | RSONA QUE ENTRE     | GA AL               | 1                   | Nº TELEFONO                   |  |
| AMBULATORIO AMBULANCIA   | TRANSPORTE             |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 2. INICIO DE ATEI  |                        |                          | CAUSA C                | ODSTETDICA           | _          | CALISA OLUBUI       | acica.              |                     |                               |  |
| NOTIFICACION A LA  | TRAUMA TRO MOTIVO      | CAUSA CLINICA            | CAUSA G                | 6. OBSTETRICA        |            | CAUSA QUIRUF        | RGICA               |                     | SANGUINEO Y<br>ACTOR RH       |  |
| POLICIA  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     | ACTOR RH                      |  |
| 3. ACCIDENTE   | , VIOLENCIA            | , INTOXICACIÓN, I        | ENVENENAMIE            | NTO O QUEM           | IADURA     |                     |                     |                     |                               |  |
| DEL EVENTO   |                        | EVENTO                   |                        | EVENTO               |            |                     |                     |                     |                               |  |
| ACCIDENTE DE CONTRA CON | CAIDA                  | QUEMADURA                | MORDEDURA              | AHOGAMIEN            | NTO        | CUERPO EXTRAÑO      | APLASTAMII          | ENTO                | OTRO ACCIDENTE                |  |
| VIOLENCIA POR VIOLE ARMA DE FUEGO ARMA   | ENCIA POR<br>PUNZANTE  | VIOLENCIA POR RIÑA       | VIOLENCIA FAMILIAR     | ABUSO FÍSI           | ico        | ABUSO PSICOLÓGICO   | ABUSO SE            | KUAL                | OTRA VIOLENCIA                |  |
|  | XICACION<br>IENTARIA   | INTOXICACINON POR DROGAS | INHALACION DE<br>GASES | OTRA INTOXIC         | ACION      | ENVENENAMIENTO      | PICADUF             | RA .                | ANAFILAXIA                    |  |
| OBSERVACIONES  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        | RES Y PERSONALI          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 1. ALERGICO 2. C   | CLINICO                | 3. GINECOLÓGICO          | 4. TRAUMATOG           | 5. QUIRURÍG          | BICO       | 6. FARMACOLÓGICO    | 7. PSIQUÍA          | ПСО                 | 8. OTROS                      |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 5. ENFERMEDAD  | ACTUAL Y               | REVISIÓN DE SIST         | TEMAS                  |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| VIA AÉREA LIBRE  | VIA AEREA<br>OBSTRUIDA | CONDICIO                 | N C                    | ONDICIÓN<br>IESTABLE |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |



| INSTITUCION DE SISTEM  | 1A                     | UNIDAD OPERATIVA         | со                     | D. Uo                | (          | COD. LOCALIZACIÓ    | N                   | Nº HISTORIA CLINICA |                               |  |
|--|------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| Benemerita Socieda<br>Protectora de la infan   |                        | lospital León Becer      | ra                     | P                    | ARROQUIA   | CANTON<br>Guayaquil | PROVINCIA<br>GUAYAS |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            | Guayaquii           | GOATAG              |                     |                               |  |
| 1. REGISTRO DE A   |                        | APELLIDO MATERNO         | P                      | RIMER NOMBRE         |            | SEGUNDO N           | OMBRE               | CED                 | ULA CIUDADANÍA                |  |
| Gomez  | Gonzale                |                          | juan                   |                      | е          | duardo              |                     |                     |                               |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA H  | ABITUAL(CALLE          | E Y No MANZANA Y CAS     | A                      | BARRIO PA            | ARROQUIA   | CANTON              | PROVINCIA           | ZONA                | Nº TELEFONO                   |  |
| direccion  |                        |                          |                        |                      |            | los                 | s_rios              |                     |                               |  |
| FECHA NACIMIENTO   | LUGAR DE N             | ACIMIENTO NA             | ACIONALIDAD (PAIS)     | GRU                  | IPO CULTUR | RAL CUMPLIDO        |                     | CAS DIV VIU         | INSTRUCCION<br>J-L ULTIMO AÑO |  |
| 3/9/11 12:00 AM  |                        | null                     |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| FECHA DE EMISIÓN   | 00                     | CUPACIÒN                 | EMPRESA DO             | ONDE TRABAJA         | Т          | IPO DE SEGURO DE    | SALUD               | F                   | REFERIDO DE                   |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| EN CASO NECESARIO A  | VISAR A:               | PARENTEZCO               | D-AFINIDAD             | T                    | DI         | RECCIÓN             | I                   | ı                   | Nº TELEFONO                   |  |
|  |                        |                          | ,                      |                      | ,          |                     |                     |                     |                               |  |
| FORMA DE LLEG  | OTRO                   | FUENTE DE IN             | FORMACION              | INSTITU              | JCION O PE | RSONA QUE ENTRE     | GA AL               | 1                   | Nº TELEFONO                   |  |
| AMBULATORIO AMBULANCIA   | TRANSPORTE             |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 2. INICIO DE ATEI  |                        |                          | CAUSA C                | ODSTETDICA           | _          | CALISA OLUBUI       | acica.              |                     |                               |  |
| NOTIFICACION A LA  | TRAUMA TRO MOTIVO      | CAUSA CLINICA            | CAUSA G                | 6. OBSTETRICA        |            | CAUSA QUIRUF        | RGICA               |                     | SANGUINEO Y<br>ACTOR RH       |  |
| POLICIA  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     | ACTOR RH                      |  |
| 3. ACCIDENTE   | , VIOLENCIA            | , INTOXICACIÓN, I        | ENVENENAMIE            | NTO O QUEM           | IADURA     |                     |                     |                     |                               |  |
| DEL EVENTO   |                        | EVENTO                   |                        | EVENTO               |            |                     |                     |                     |                               |  |
| ACCIDENTE DE CONTRA CON | CAIDA                  | QUEMADURA                | MORDEDURA              | AHOGAMIEN            | NTO        | CUERPO EXTRAÑO      | APLASTAMII          | ENTO                | OTRO ACCIDENTE                |  |
| VIOLENCIA POR VIOLE ARMA DE FUEGO ARMA   | ENCIA POR<br>PUNZANTE  | VIOLENCIA POR RIÑA       | VIOLENCIA FAMILIAR     | ABUSO FÍSI           | ico        | ABUSO PSICOLÓGICO   | ABUSO SE            | KUAL                | OTRA VIOLENCIA                |  |
|  | XICACION<br>IENTARIA   | INTOXICACINON POR DROGAS | INHALACION DE<br>GASES | OTRA INTOXIC         | ACION      | ENVENENAMIENTO      | PICADUF             | RA .                | ANAFILAXIA                    |  |
| OBSERVACIONES  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        | RES Y PERSONALI          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 1. ALERGICO 2. C   | CLINICO                | 3. GINECOLÓGICO          | 4. TRAUMATOG           | 5. QUIRURÍG          | BICO       | 6. FARMACOLÓGICO    | 7. PSIQUÍA          | ПСО                 | 8. OTROS                      |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 5. ENFERMEDAD  | ACTUAL Y               | REVISIÓN DE SIST         | TEMAS                  |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| VIA AÉREA LIBRE  | VIA AEREA<br>OBSTRUIDA | CONDICIO                 | N C                    | ONDICIÓN<br>IESTABLE |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |



| INSTITUCION DE SISTEM  | 1A                     | UNIDAD OPERATIVA         | со                     | D. Uo                | (          | COD. LOCALIZACIÓ    | N                   | Nº HISTORIA CLINICA |                               |  |
|--|------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| Benemerita Socieda<br>Protectora de la infan   |                        | lospital León Becer      | ra                     | P                    | ARROQUIA   | CANTON<br>Guayaquil | PROVINCIA<br>GUAYAS |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            | Guayaquii           | GOATAG              |                     |                               |  |
| 1. REGISTRO DE A   |                        | APELLIDO MATERNO         | P                      | RIMER NOMBRE         |            | SEGUNDO N           | OMBRE               | CED                 | ULA CIUDADANÍA                |  |
| Gomez  | Gonzale                |                          | juan                   |                      | е          | duardo              |                     |                     |                               |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA H  | ABITUAL(CALLE          | E Y No MANZANA Y CAS     | A                      | BARRIO PA            | ARROQUIA   | CANTON              | PROVINCIA           | ZONA                | Nº TELEFONO                   |  |
| direccion  |                        |                          |                        |                      |            | los                 | s_rios              |                     |                               |  |
| FECHA NACIMIENTO   | LUGAR DE N             | ACIMIENTO NA             | ACIONALIDAD (PAIS)     | GRU                  | IPO CULTUR | RAL CUMPLIDO        |                     | CAS DIV VIU         | INSTRUCCION<br>J-L ULTIMO AÑO |  |
| 3/9/11 12:00 AM  |                        | null                     |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| FECHA DE EMISIÓN   | 00                     | CUPACIÒN                 | EMPRESA DO             | ONDE TRABAJA         | Т          | IPO DE SEGURO DE    | SALUD               | F                   | REFERIDO DE                   |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| EN CASO NECESARIO A  | VISAR A:               | PARENTEZCO               | D-AFINIDAD             | T                    | DI         | RECCIÓN             | I                   | ı                   | Nº TELEFONO                   |  |
|  |                        |                          | ,                      |                      | ,          |                     |                     |                     |                               |  |
| FORMA DE LLEG  | OTRO                   | FUENTE DE IN             | FORMACION              | INSTITU              | JCION O PE | RSONA QUE ENTRE     | GA AL               | 1                   | Nº TELEFONO                   |  |
| AMBULATORIO AMBULANCIA   | TRANSPORTE             |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 2. INICIO DE ATEI  |                        |                          | CAUSA C                | ODSTETDICA           | _          | CALISA OLUBUI       | acica.              |                     |                               |  |
| NOTIFICACION A LA  | TRAUMA TRO MOTIVO      | CAUSA CLINICA            | CAUSA G                | 6. OBSTETRICA        |            | CAUSA QUIRUF        | RGICA               |                     | SANGUINEO Y<br>ACTOR RH       |  |
| POLICIA  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     | ACTOR RH                      |  |
| 3. ACCIDENTE   | , VIOLENCIA            | , INTOXICACIÓN, I        | ENVENENAMIE            | NTO O QUEM           | IADURA     |                     |                     |                     |                               |  |
| DEL EVENTO   |                        | EVENTO                   |                        | EVENTO               |            |                     |                     |                     |                               |  |
| ACCIDENTE DE CONTRA CON | CAIDA                  | QUEMADURA                | MORDEDURA              | AHOGAMIEN            | NTO        | CUERPO EXTRAÑO      | APLASTAMII          | ENTO                | OTRO ACCIDENTE                |  |
| VIOLENCIA POR VIOLE ARMA DE FUEGO ARMA   | ENCIA POR<br>PUNZANTE  | VIOLENCIA POR RIÑA       | VIOLENCIA FAMILIAR     | ABUSO FÍSI           | ico        | ABUSO PSICOLÓGICO   | ABUSO SE            | KUAL                | OTRA VIOLENCIA                |  |
|  | XICACION<br>IENTARIA   | INTOXICACINON POR DROGAS | INHALACION DE<br>GASES | OTRA INTOXIC         | ACION      | ENVENENAMIENTO      | PICADUF             | RA .                | ANAFILAXIA                    |  |
| OBSERVACIONES  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        | RES Y PERSONALI          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 1. ALERGICO 2. C   | CLINICO                | 3. GINECOLÓGICO          | 4. TRAUMATOG           | 5. QUIRURÍG          | BICO       | 6. FARMACOLÓGICO    | 7. PSIQUÍA          | ПСО                 | 8. OTROS                      |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 5. ENFERMEDAD  | ACTUAL Y               | REVISIÓN DE SIST         | TEMAS                  |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| VIA AÉREA LIBRE  | VIA AEREA<br>OBSTRUIDA | CONDICIO                 | N C                    | ONDICIÓN<br>IESTABLE |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |



| INSTITUCION DE SISTEM  | 1A                     | UNIDAD OPERATIVA         | со                     | D. Uo                | (          | COD. LOCALIZACIÓ    | N                   | Nº HISTORIA CLINICA |                               |  |
|--|------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| Benemerita Socieda<br>Protectora de la infan   |                        | lospital León Becer      | ra                     | P                    | ARROQUIA   | CANTON<br>Guayaquil | PROVINCIA<br>GUAYAS |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            | Guayaquii           | GOATAG              |                     |                               |  |
| 1. REGISTRO DE A   |                        | APELLIDO MATERNO         | P                      | RIMER NOMBRE         |            | SEGUNDO N           | OMBRE               | CED                 | ULA CIUDADANÍA                |  |
| Gomez  | Gonzale                |                          | juan                   |                      | е          | duardo              |                     |                     |                               |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA H  | ABITUAL(CALLE          | E Y No MANZANA Y CAS     | A                      | BARRIO PA            | ARROQUIA   | CANTON              | PROVINCIA           | ZONA                | Nº TELEFONO                   |  |
| direccion  |                        |                          |                        |                      |            | los                 | s_rios              |                     |                               |  |
| FECHA NACIMIENTO   | LUGAR DE N             | ACIMIENTO NA             | ACIONALIDAD (PAIS)     | GRU                  | IPO CULTUR | RAL CUMPLIDO        |                     | CAS DIV VIU         | INSTRUCCION<br>J-L ULTIMO AÑO |  |
| 3/9/11 12:00 AM  |                        | null                     |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| FECHA DE EMISIÓN   | 00                     | CUPACIÒN                 | EMPRESA DO             | ONDE TRABAJA         | Т          | IPO DE SEGURO DE    | SALUD               | F                   | REFERIDO DE                   |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| EN CASO NECESARIO A  | VISAR A:               | PARENTEZCO               | D-AFINIDAD             | T                    | DI         | RECCIÓN             | I                   | ı                   | Nº TELEFONO                   |  |
|  |                        |                          | ,                      |                      | ,          |                     |                     |                     |                               |  |
| FORMA DE LLEG  | OTRO                   | FUENTE DE IN             | FORMACION              | INSTITU              | JCION O PE | RSONA QUE ENTRE     | GA AL               | 1                   | Nº TELEFONO                   |  |
| AMBULATORIO AMBULANCIA   | TRANSPORTE             |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 2. INICIO DE ATEI  |                        |                          | CAUSA C                | ODSTETDICA           | _          | CALISA OLUBUI       | acica.              |                     |                               |  |
| NOTIFICACION A LA  | TRAUMA TRO MOTIVO      | CAUSA CLINICA            | CAUSA G                | 6. OBSTETRICA        |            | CAUSA QUIRUF        | RGICA               |                     | SANGUINEO Y<br>ACTOR RH       |  |
| POLICIA  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     | ACTOR RH                      |  |
| 3. ACCIDENTE   | , VIOLENCIA            | , INTOXICACIÓN, I        | ENVENENAMIE            | NTO O QUEM           | IADURA     |                     |                     |                     |                               |  |
| DEL EVENTO   |                        | EVENTO                   |                        | EVENTO               |            |                     |                     |                     |                               |  |
| ACCIDENTE DE CONTRA CON | CAIDA                  | QUEMADURA                | MORDEDURA              | AHOGAMIEN            | NTO        | CUERPO EXTRAÑO      | APLASTAMII          | ENTO                | OTRO ACCIDENTE                |  |
| VIOLENCIA POR VIOLE ARMA DE FUEGO ARMA   | ENCIA POR<br>PUNZANTE  | VIOLENCIA POR RIÑA       | VIOLENCIA FAMILIAR     | ABUSO FÍSI           | ico        | ABUSO PSICOLÓGICO   | ABUSO SE            | KUAL                | OTRA VIOLENCIA                |  |
|  | XICACION<br>IENTARIA   | INTOXICACINON POR DROGAS | INHALACION DE<br>GASES | OTRA INTOXIC         | ACION      | ENVENENAMIENTO      | PICADUF             | RA .                | ANAFILAXIA                    |  |
| OBSERVACIONES  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        | RES Y PERSONALI          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 1. ALERGICO 2. C   | CLINICO                | 3. GINECOLÓGICO          | 4. TRAUMATOG           | 5. QUIRURÍG          | BICO       | 6. FARMACOLÓGICO    | 7. PSIQUÍA          | ПСО                 | 8. OTROS                      |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 5. ENFERMEDAD  | ACTUAL Y               | REVISIÓN DE SIST         | TEMAS                  |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| VIA AÉREA LIBRE  | VIA AEREA<br>OBSTRUIDA | CONDICIO                 | N C                    | ONDICIÓN<br>IESTABLE |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |



| INSTITUCION DE SISTEM  | 1A                     | UNIDAD OPERATIVA         | со                     | D. Uo                | (          | COD. LOCALIZACIÓ    | N                   | Nº HISTORIA CLINICA |                               |  |
|--|------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| Benemerita Socieda<br>Protectora de la infan   |                        | lospital León Becer      | ra                     | P                    | ARROQUIA   | CANTON<br>Guayaquil | PROVINCIA<br>GUAYAS |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            | Guayaquii           | GOATAG              |                     |                               |  |
| 1. REGISTRO DE A   |                        | APELLIDO MATERNO         | P                      | RIMER NOMBRE         |            | SEGUNDO N           | OMBRE               | CED                 | ULA CIUDADANÍA                |  |
| Gomez  | Gonzale                |                          | juan                   |                      | е          | duardo              |                     |                     |                               |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA H  | ABITUAL(CALLE          | E Y No MANZANA Y CAS     | A                      | BARRIO PA            | ARROQUIA   | CANTON              | PROVINCIA           | ZONA                | Nº TELEFONO                   |  |
| direccion  |                        |                          |                        |                      |            | los                 | s_rios              |                     |                               |  |
| FECHA NACIMIENTO   | LUGAR DE N             | ACIMIENTO NA             | ACIONALIDAD (PAIS)     | GRU                  | IPO CULTUR | RAL CUMPLIDO        |                     | CAS DIV VIU         | INSTRUCCION<br>J-L ULTIMO AÑO |  |
| 3/9/11 12:00 AM  |                        | null                     |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| FECHA DE EMISIÓN   | 00                     | CUPACIÒN                 | EMPRESA DO             | ONDE TRABAJA         | Т          | IPO DE SEGURO DE    | SALUD               | F                   | REFERIDO DE                   |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| EN CASO NECESARIO A  | VISAR A:               | PARENTEZCO               | D-AFINIDAD             | T                    | DI         | RECCIÓN             | I                   | ı                   | Nº TELEFONO                   |  |
|  |                        |                          | ,                      |                      | ,          |                     |                     |                     |                               |  |
| FORMA DE LLEG  | OTRO                   | FUENTE DE IN             | FORMACION              | INSTITU              | JCION O PE | RSONA QUE ENTRE     | GA AL               | 1                   | Nº TELEFONO                   |  |
| AMBULATORIO AMBULANCIA   | TRANSPORTE             |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 2. INICIO DE ATEI  |                        |                          | CAUSA C                | ODSTETDICA           | _          | CALISA OLUBUI       | acica.              |                     |                               |  |
| NOTIFICACION A LA  | TRAUMA TRO MOTIVO      | CAUSA CLINICA            | CAUSA G                | 6. OBSTETRICA        |            | CAUSA QUIRUF        | RGICA               |                     | SANGUINEO Y<br>ACTOR RH       |  |
| POLICIA  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     | ACTOR RH                      |  |
| 3. ACCIDENTE   | , VIOLENCIA            | , INTOXICACIÓN, I        | ENVENENAMIE            | NTO O QUEM           | IADURA     |                     |                     |                     |                               |  |
| DEL EVENTO   |                        | EVENTO                   |                        | EVENTO               |            |                     |                     |                     |                               |  |
| ACCIDENTE DE CONTRA CON | CAIDA                  | QUEMADURA                | MORDEDURA              | AHOGAMIEN            | NTO        | CUERPO EXTRAÑO      | APLASTAMII          | ENTO                | OTRO ACCIDENTE                |  |
| VIOLENCIA POR VIOLE ARMA DE FUEGO ARMA   | ENCIA POR<br>PUNZANTE  | VIOLENCIA POR RIÑA       | VIOLENCIA FAMILIAR     | ABUSO FÍSI           | ico        | ABUSO PSICOLÓGICO   | ABUSO SE            | KUAL                | OTRA VIOLENCIA                |  |
|  | XICACION<br>IENTARIA   | INTOXICACINON POR DROGAS | INHALACION DE<br>GASES | OTRA INTOXIC         | ACION      | ENVENENAMIENTO      | PICADUF             | RA .                | ANAFILAXIA                    |  |
| OBSERVACIONES  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        | RES Y PERSONALI          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 1. ALERGICO 2. C   | CLINICO                | 3. GINECOLÓGICO          | 4. TRAUMATOG           | 5. QUIRURÍG          | BICO       | 6. FARMACOLÓGICO    | 7. PSIQUÍA          | ПСО                 | 8. OTROS                      |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| 5. ENFERMEDAD  | ACTUAL Y               | REVISIÓN DE SIST         | TEMAS                  |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
| VIA AÉREA LIBRE  | VIA AEREA<br>OBSTRUIDA | CONDICIO                 | N C                    | ONDICIÓN<br>IESTABLE |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                               |  |



| INSTITUCION DE SISTEM  | 1A                     | UNIDAD OPERATIVA         | со                     | D. Uo                | (          | COD. LOCALIZACIÓ    | N                   | Nº HISTORIA CLINICA |                             |  |
|--|------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|--|
| Benemerita Socieda<br>Protectora de la infan   |                        | lospital León Becer      | ra                     | P                    | ARROQUIA   | CANTON<br>Guayaquil | PROVINCIA<br>GUAYAS |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            | Guayaquii           | GOATAG              |                     |                             |  |
| 1. REGISTRO DE A   |                        | APELLIDO MATERNO         | P                      | RIMER NOMBRE         |            | SEGUNDO N           | OMBRE               | CED                 | ULA CIUDADANÍA              |  |
| Gomez  | Gonzale                |                          | juan                   |                      | е          | duardo              |                     |                     |                             |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA H  | ABITUAL(CALLE          | E Y No MANZANA Y CAS     | A                      | BARRIO PA            | ARROQUIA   | CANTON              | PROVINCIA           | ZONA                | Nº TELEFONO                 |  |
| direccion  |                        |                          |                        |                      |            | los                 | s_rios              |                     |                             |  |
| FECHA NACIMIENTO   | LUGAR DE N             | ACIMIENTO NA             | ACIONALIDAD (PAIS)     | GRU                  | IPO CULTUR | RAL CUMPLIDO        |                     | CAS DIV VIU         | INSTRUCCION  J-L ULTIMO AÑO |  |
| 3/9/11 12:00 AM  |                        | null                     |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
| FECHA DE EMISIÓN   | 00                     | CUPACIÒN                 | EMPRESA DO             | ONDE TRABAJA         | Т          | IPO DE SEGURO DE    | SALUD               | F                   | REFERIDO DE                 |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
| EN CASO NECESARIO A  | VISAR A:               | PARENTEZCO               | D-AFINIDAD             | T                    | DI         | RECCIÓN             | I                   | ı                   | Nº TELEFONO                 |  |
|  |                        |                          | ,                      |                      | ,          |                     |                     |                     |                             |  |
| FORMA DE LLEG  | OTRO                   | FUENTE DE IN             | FORMACION              | INSTITU              | JCION O PE | RSONA QUE ENTRE     | GA AL               | 1                   | Nº TELEFONO                 |  |
| AMBULATORIO AMBULANCIA   | TRANSPORTE             |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
| 2. INICIO DE ATEI  |                        |                          | CAUSA C                | ODSTETDICA           | _          | CALISA OLUBUI       | acica.              |                     |                             |  |
| NOTIFICACION A LA  | TRAUMA TRO MOTIVO      | CAUSA CLINICA            | CAUSA G                | 6. OBSTETRICA        |            | CAUSA QUIRUF        | RGICA               |                     | SANGUINEO Y<br>ACTOR RH     |  |
| POLICIA  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     | ACTOR RH                    |  |
| 3. ACCIDENTE   | , VIOLENCIA            | , INTOXICACIÓN, I        | ENVENENAMIE            | NTO O QUEM           | IADURA     |                     |                     |                     |                             |  |
| DEL EVENTO   |                        | EVENTO                   |                        | EVENTO               |            |                     |                     |                     |                             |  |
| ACCIDENTE DE CONTRA CON | CAIDA                  | QUEMADURA                | MORDEDURA              | AHOGAMIEN            | NTO        | CUERPO EXTRAÑO      | APLASTAMII          | ENTO                | OTRO ACCIDENTE              |  |
| VIOLENCIA POR VIOLE ARMA DE FUEGO ARMA   | ENCIA POR<br>PUNZANTE  | VIOLENCIA POR RIÑA       | VIOLENCIA FAMILIAR     | ABUSO FÍSI           | ico        | ABUSO PSICOLÓGICO   | ABUSO SE            | KUAL                | OTRA VIOLENCIA              |  |
|  | XICACION<br>IENTARIA   | INTOXICACINON POR DROGAS | INHALACION DE<br>GASES | OTRA INTOXIC         | ACION      | ENVENENAMIENTO      | PICADUF             | RA .                | ANAFILAXIA                  |  |
| OBSERVACIONES  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        | RES Y PERSONALI          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
| 1. ALERGICO 2. C   | CLINICO                | 3. GINECOLÓGICO          | 4. TRAUMATOG           | 5. QUIRURÍG          | BICO       | 6. FARMACOLÓGICO    | 7. PSIQUÍA          | ПСО                 | 8. OTROS                    |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
| 5. ENFERMEDAD  | ACTUAL Y               | REVISIÓN DE SIST         | TEMAS                  |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
| VIA AÉREA LIBRE  | VIA AEREA<br>OBSTRUIDA | CONDICIO                 | N C                    | ONDICIÓN<br>IESTABLE |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |



| INSTITUCION DE SISTEM  | 1A                     | UNIDAD OPERATIVA         | со                     | D. Uo                | (          | COD. LOCALIZACIÓ    | N                   | Nº HISTORIA CLINICA |                             |  |
|--|------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|--|
| Benemerita Socieda<br>Protectora de la infan   |                        | lospital León Becer      | ra                     | P                    | ARROQUIA   | CANTON<br>Guayaquil | PROVINCIA<br>GUAYAS |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            | Guayaquii           | GOATAG              |                     |                             |  |
| 1. REGISTRO DE A   |                        | APELLIDO MATERNO         | P                      | RIMER NOMBRE         |            | SEGUNDO N           | OMBRE               | CED                 | ULA CIUDADANÍA              |  |
| Gomez  | Gonzale                |                          | juan                   |                      | е          | duardo              |                     |                     |                             |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA H  | ABITUAL(CALLE          | E Y No MANZANA Y CAS     | A                      | BARRIO PA            | ARROQUIA   | CANTON              | PROVINCIA           | ZONA                | Nº TELEFONO                 |  |
| direccion  |                        |                          |                        |                      |            | los                 | s_rios              |                     |                             |  |
| FECHA NACIMIENTO   | LUGAR DE N             | ACIMIENTO NA             | ACIONALIDAD (PAIS)     | GRU                  | IPO CULTUR | RAL CUMPLIDO        |                     | CAS DIV VIU         | INSTRUCCION  J-L ULTIMO AÑO |  |
| 3/9/11 12:00 AM  |                        | null                     |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
| FECHA DE EMISIÓN   | 00                     | CUPACIÒN                 | EMPRESA DO             | ONDE TRABAJA         | Т          | IPO DE SEGURO DE    | SALUD               | F                   | REFERIDO DE                 |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
| EN CASO NECESARIO A  | VISAR A:               | PARENTEZCO               | D-AFINIDAD             | T                    | DI         | RECCIÓN             | I                   | ı                   | Nº TELEFONO                 |  |
|  |                        |                          | ,                      |                      | ,          |                     |                     |                     |                             |  |
| FORMA DE LLEG  | OTRO                   | FUENTE DE IN             | FORMACION              | INSTITU              | JCION O PE | RSONA QUE ENTRE     | GA AL               | 1                   | Nº TELEFONO                 |  |
| AMBULATORIO AMBULANCIA   | TRANSPORTE             |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
| 2. INICIO DE ATEI  |                        |                          | CAUSA C                | ODSTETDICA           | _          | CALISA OLUBUI       | acica.              |                     |                             |  |
| NOTIFICACION A LA  | TRAUMA TRO MOTIVO      | CAUSA CLINICA            | CAUSA G                | 6. OBSTETRICA        |            | CAUSA QUIRUF        | RGICA               |                     | SANGUINEO Y<br>ACTOR RH     |  |
| POLICIA  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     | ACTOR RH                    |  |
| 3. ACCIDENTE   | , VIOLENCIA            | , INTOXICACIÓN, I        | ENVENENAMIE            | NTO O QUEM           | IADURA     |                     |                     |                     |                             |  |
| DEL EVENTO   |                        | EVENTO                   |                        | EVENTO               |            |                     |                     |                     |                             |  |
| ACCIDENTE DE CONTRA CON | CAIDA                  | QUEMADURA                | MORDEDURA              | AHOGAMIEN            | NTO        | CUERPO EXTRAÑO      | APLASTAMII          | ENTO                | OTRO ACCIDENTE              |  |
| VIOLENCIA POR VIOLE ARMA DE FUEGO ARMA   | ENCIA POR<br>PUNZANTE  | VIOLENCIA POR RIÑA       | VIOLENCIA FAMILIAR     | ABUSO FÍSI           | ico        | ABUSO PSICOLÓGICO   | ABUSO SE            | KUAL                | OTRA VIOLENCIA              |  |
|  | XICACION<br>IENTARIA   | INTOXICACINON POR DROGAS | INHALACION DE<br>GASES | OTRA INTOXIC         | ACION      | ENVENENAMIENTO      | PICADUF             | RA .                | ANAFILAXIA                  |  |
| OBSERVACIONES  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        | RES Y PERSONALI          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
| 1. ALERGICO 2. C   | CLINICO                | 3. GINECOLÓGICO          | 4. TRAUMATOG           | 5. QUIRURÍG          | BICO       | 6. FARMACOLÓGICO    | 7. PSIQUÍA          | ПСО                 | 8. OTROS                    |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
| 5. ENFERMEDAD  | ACTUAL Y               | REVISIÓN DE SIST         | TEMAS                  |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
| VIA AÉREA LIBRE  | VIA AEREA<br>OBSTRUIDA | CONDICIO                 | N C                    | ONDICIÓN<br>IESTABLE |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |
|  |                        |                          |                        |                      |            |                     |                     |                     |                             |  |