



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL MACHALA

Machala, a los 23 de Enero del 2026

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE SERIE
IESS	595	HOSPITAL GENERAL MACHALA	10604642	

B. CERTIFICO QUE:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A
CAMPOVERDE	NAVARRETE	LEIDY	CRISTINA	F	27				x
NUMERO DE CEDULA	DIRECCIÓN DE DOMICILIO		TELEFONO	CELULAR					
0750230492	VIVIENDAS POPULARES			981805298					
LUGAR DE TRABAJO	PUESTO DE TRABAJO		TIPO DE SEGURO						
UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR JUANA DE DIOS	DOCENTE		GENERAL						
FUE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE	EMERGENCIA		ESPECIALIDAD						
FECHA DE ATENCIÓN:	2026	1	23	VEINTITRES DE ENERO DEL DOS MIL VENTISEIS					
	AÑO	MES	DÍA	ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS					
HORA DE ATENCIÓN:	DESDE:		HASTA:						
SINTOMAS:	SI	NO	DESDE:	HASTA:					
EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN									
FECHA DE INGRESO:				ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS					
	AÑO	MES	DÍA						
FECHA DE ALTA:				ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS					
	AÑO	MES	DÍA						

C. SE RECOMIENDA:

REPOSO	SI	X	HORAS EN NÚMEROS			ESCRIBIR LAS HORAS EN NÚMEROS			
	NO								
DESDE:			2026	1	23	VEINTITRÉS DE ENERO DEL DOS MIL VENTISEIS			
			AÑO	MES	DÍA	ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS			
HASTA:			2026	1	29	VEINTINUEVE DE ENERO DEL DOS MIL VENTISEIS			
			AÑO	MES	DÍA	ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS			

D. DIAGNÓSTICO

D. DIAGNÓSTICO				CIE					CIE	
1.	VARICELA			B019	3.					
2.					4.					
ASLAMIENTO:	SI	x	NO	TELETRABAJO:	SI	NO	x			
TIPO DE CONTINGENCIA:	ENFERMEDAD GENERAL		x	MATERNIDAD (NIÑO VIVO)		ACCIDENTE DE TRABAJO				
ENFERMEDAD CATASTROFICA		ENFERMEDAD PROFESIONAL U OCUPACIONAL			ACCIDENTE GRAVE					

E. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
23/1/2026		GINNA	MORA	ARMIJOS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
0703746735				
Ecuador- El Oro- Machala Dirección: Av. Alejandro Castro Benitez y vía pañonal Tlf. 07-370-2400				

Formulario adaptado a la normativa de Subdirección Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud y a formulario SNS-MSP/HCU-form.117/2021 Ministerio de Salud

CERTIFICADO MÉDICO