



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		001414	Santa Rita		CS	1313542613					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Loor		Velez		Quinche		Monserate		M	13-11-1995	29	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO					
099-899-2042				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive					
				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
				5. Problemas de infraestructura.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1303	130301									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova		Consulta Externa		Neumologia	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑOS- APP BRONQUIECTASIAS- AQX CESÁREA (1)- ALERGIAS: PENICILINA- AG1 C1 HV1 (03/04/2024).CONS ULTA POR LA PRESENCIA DE TOS CRÓNICA PRODUCTIVA- ESPUTO PURULENTO Y DIFICULTAD RESPIRATORIA PROGRESIVA EN LOSÚLTIMOS MESES. REFIERE QUE DESDE HACE TIEMPO- HA EXPERIMENTADO EPISODIOS FRECUENTES DE TOS QUE SE HAN VUELTO MÁSINTENSOS- CON EXPECTORACIÓN ABUNDANTE- PRINCIPALMENTE EN LA MAÑANA- CARACTERIZADA POR MUCOSIDAD ESPESA Y DECOLOR AMARILLO VERDOSA. A MENUDO- ESTOS EPISODIOS DE TOS SE ACOMPAÑAN DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR- SIBILANCIAS YSENSACIÓN DE OPRIMIR TORÁCICA- ESPECIALMENTE DURANTE EL ESFUERZO FÍSICO O INFECCIONES RESPIRATORIAS. LA TOS HAEMPEORADO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS- CON AUMENTO EN LA CANTIDAD DE ESPUTO Y MAYOR DIFICULTAD RESPIRATORIA. NOREFIERE FIEBRE PERSISTENTE- AUNQUE HA PRESENTADO EPISODIOS FEBRILES EN MOMENTOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.NIEGA PÉRDIDA DE PESO SIGNIFICATIVA- HEMOPTISIS O DOLOR TORÁCICO. ACTUALMENTE- NO SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO.ACUDIÓ CON RADIOGRAFÍA DE TÓRAX CORRESPONDIENTE A LA PATOLOGÍA POR LO CUAL SE DECIDE REFERENCIA PARA MANEJOINTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NN

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Bronquiectasia		J47X		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-17	11:08	Leonardo		Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1709823288					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	