



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	Nause	CS	1308664000							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Castro	Chavez	Katty	Eugenia	M	31-08-1975	49	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0982816472		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.					
		2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive		X		
13	1303	130302	4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
		5. Problemas de infraestructura.									

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	Neurologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 49 AÑOS CON APP: HTA EN TTO CON LOSARTAN 50MG- ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA + NADULO PULMONAR- LUMBAGO CON CIATICA EN CONTROL. APQX: ARTROSCOPIA BILATERAL DE RODILLAS HACE 9 MESES POR GONARTROSIS Y CONDOMALACIA ROTULIANA. HISTERECTOMIA TOTAL HACE 3 AÑOS POR C541 EN CONTROL POR SOLCA- ACUDE CON RESULTADOS DE VIDEOBRONCOSCOPIA REALIZADA 19/06/2025 CON DX DE SECRECIONES BRONQUIALES CLARAS BILATERALES E HIPERACTIVIDAD BRONQUIAL- ADEMAS DE CITOLOGIA DE NODULO PULMONAR EN HEMITORAX DERECHO REALIZADA 10/07/2025 CON RESULTADOS: EPITELIO RESPIRATORIO CON INFLAMACION CRONICA Y METAPLASIA ESCAMOSA MAS CULTIVO POSITIVO A ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
HERNIAS DISCALES/ LUMBAGO CON CIATICA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Otras Degeneraciones De Disco Cervical		M503		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-28	10:49	Eyleen	Pesantes	Castro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1316282464				

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	