



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	Chone	CS-C	1308908787								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Cedeño	Lopez	Eligia	Alvina	M	09-04-1937	87	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0993807443		X		MOTIVO								
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							
13	1303	130350	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	Neumologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 87 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA- ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DISNEA- DOLOR COSTAL IZQUIERDO HACE UNA SEMANA- CAIDA HACE UN MES. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE- ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO- AFEBRIL. TRAE UNA TOMOGRAFIA DE TORAX SIMPLE- DONDE SE REPORTA BANDAS DE ATELECTASIAS SUBSEGMENTARIAS EN SEGMENTOS BASALES- LIPOMA PLEURAL IZQUIERDO- FRACTURA DE 5TO ARCO COSTAL IZQUIERDO-ATEROMATOSIS DE CAYADO AORTICO- CAMBIOS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
TOMOGRAFIA: BANDAS DE ATELECTASIAS SUBSEGMENTARIAS EN SEGMENTOS BASALES- LIPOMA PLEURAL IZQUIERDO- FRACTURA DE 5TO ARCO COSTAL IZQUIERDO- ATEROMATOSIS DE CAYADO AORTICO- CAMBIOS DEGENERATIVOS EN COLUMNA TORACICA.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Hemorroides Internas Con Otras Complicaciones		I841		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-10-28	09:16	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1314783083				

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	