



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	1305765644						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Muñoz	Cedeño	Manuel	Fortunato	H	10-06-1966	59	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
098-769-4968		X		MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
CANTÓN	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
13	1303	130302	5. Problemas de infraestructura.	X						

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	Neumología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MAS CULINO DE 58 AÑOS - TRABAJADOR AGRÍCOLA QUE OPERA MÁQUINA A MOTOR PARA CORTAR MALEZA (EXPULS ORA DEHUMO) DES DE HACE 5 AÑOS . REFIERE DOLOR PERS IS TENTE EN EL PULMÓN DERECHO AL RES PIRAR- AS OCIADO A DIS NEA YEPIS ODIOS DE VERTIGO. LOS S ÍNTOMAS HAN S IDO PROGRES IVOS EN INTENS IDAD. NIEGA FIEBRE- EXPECTORACIÓN PURULENTO OHEMOPTIS IS . A LA AUS CULTACIÓN PULMONAR S E OBS ERVA DIS MINUCIÓN DEL MURMULLO VES ICULAR EN EL PULMÓN DERECHO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RADIOGRAFÍA DE Tórax MUES TRA RADIOLUCIDEZ EN EL Lóbulo S UPERIOR Y MEDIO DEL PULMÓNDERECHO- AS Í COMO EN EL Lóbulo S UPERIOR DEL PULMÓN IZQUIERDO. NO S E VIS UALIZAN ADECUADAMENTE LAS COS TILLASIPS ILATERALES DEBIDO AL PATRON RADIOLUCIDO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Enfisema No Especificado		J439	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-23	12:05	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	