



| 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                              | Centro De Salud Tipo C Tosagua |                                     | CS-C      | 1312475047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                     |                                     |                          |                                                         |                          |
| PRIMER APELLIDO                                             |                                                         | SEGUNDO APELLIDO                    |                                | PRIMER NOMBRE                       |           | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                     |                                     |                          |                                                         |                          |
| Rodriguez                                                   |                                                         | Zamora                              |                                | Oscar                               |           | Fabian                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | H                 | 25-02-1982       | 43   | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table> | H                        | D                               | M                        | A                        |                                    |                          |                          | X                                   |                                     |                          |                                                         |                          |
| H                                                           | D                                                       | M                                   | A                              |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                     |                                     |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     | X                              |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                     |                                     |                          |                                                         |                          |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                                                         |                                     |                                | REFERENCIA                          |           | DERIVACIÓN MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                     |                                     |                          |                                                         |                          |
| 0969701137                                                  |                                                         |                                     |                                | <input checked="" type="checkbox"/> |           | <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutoria</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> |  |                   |                  |      |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Insuficiencia de profesionales. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Inadecuada capacidad resolutoria | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                    | 6. Problemas de abastecimiento.                         | <input type="checkbox"/>            |                                |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                     |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 7. Insuficiencia de profesionales.                      | <input type="checkbox"/>            |                                |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                     |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutoria                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                     |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/>            |                                |                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                     |                                     |                          |                                                         |                          |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                                                         |                                     |                                | 1. Accesibilidad geográfica.        |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                     |                                     |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     |                                | 2. Falta de espacio físico.         |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                     |                                     |                          |                                                         |                          |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN                                                  | PARROQUIA                           |                                | 3. Falta de equipamiento.           |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                     |                                     |                          |                                                         |                          |
| 13                                                          | 1315                                                    | 131550                              |                                | 4. Equipos en mal estado.           |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                     |                                     |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     |                                | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| USUARIO CON APP DE TB PULMONAR EL CUAL EMPEZÓ LA PRIMERA FASES (200 TABLETAS) EL 21/05/2025 CON HRZE- 4 TABLETAS DIARIAS DE LUNES A VIERNES- EL01/07/2025 TERMINA PRIMERA FASE Y EL 04 DE AGOSTO EMPIEZA CON SEGUNDA FASE CON RIFAMPICINA/ISONIACIDA 300MG/150MG DOS TABLETAS DIARIAS. REFIEREMEJORIA DEL ANIMO- HA SUBIDO DE PESO- AUN PRESENTA TOS CON EXPECTORACIÓN LEVE ENTRE AMARILLO Y BLANCO CON ESTRIAS DE SANGRE EN OCASIONES.FIEBRE HACE 3 DIAS ANTES DE LA NOCHE- AUMENTO DE PESO. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA Y SUBSECUENTE.AP RESPIRATORIO: BUENA EXPANSIBILIDAD TORAXICA- MV AUDIBLE- NO IMPRESIONA ESTERTORES. |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| COMPLEMENTARIOS: FECHA: 28/07/2025 LCDO/A: IVAN ZAMBRANO. HB: 12.1 MG/DL- HCTO: 36.2%- HEMATIES: 4.06 X10 <sup>6</sup> /L- PLAQUETAS: 380 MMC- LEUCOCITOS: 7.70 MMC. (LIN 18.7- SEG 69.8- MON 10.1- EOS 1.3- BAS 0.1)- GLICEMIA: 99.4 MG/DL- CREATININA: 1.09 MG/DL- AC URICO 4.99 MG/DL- UREA 20.45 MG/DL; COLESTEROL 170.4 MG/DL- TAG: 78.95 MG/DL- VLDL: 15.79 MG/DL- TGO: 21.68U/L- TGP: 15.33 U/L. HEPATITIS B: NEGATIVO- HEPATITIS C: NEGATIVO. VIH 1+2 AG P24: NO REACTIVO- VDRL: NO REACTIVO. TOXOPLASMA IGM: NEGATIVO- RUBEOLA IGM: NEGATIVO-CITOMEGALOVIRUS IGM: NEGATIVO- HERPES I/II IGM: NEGATIVO ... ESPUTO BAAR 28/07/2025: POSITIVO |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                           | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Tuberculosis Del Pulmon Confirmada Unicamente Por Cultivo |                                    | A151 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                                           |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                                           |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-07-30                            | 02:07           | Karen         |  | Lopera          | Rodriguez        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1310488075                            |                 |               |  |                 |                  |

| 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 |  | 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |