



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		001415	Convento		CS-A	1302778905													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Cedeño		Vera		Simon		Bolívar		H	27-09-1956	68	<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													
0959756445				X															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.		X											
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X									
13		1303		130353		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 Miguel Alcivar		Consulta Externa		Neumología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
SE ATIENE POR EMERGENCIA A ADULTO MAYOR DE 68 AÑOS EPOC MIXTA + COR PULMONAR CRÓNICO- ALERGIA A LA PENICILINAS- ENTTO CON BROMURO DE IPRATROPIO 2 PUFF AL LEVANTARSE Y AL ACOSTARSE + SERETIDE 250/50MCG) 2 PUFF AL ACOSTARSE +BISOPROLOL 5MG) 1/2TAB C/12H + ESPIRINOLACTONA 25MG) 1TAB 3PM + CLOPIDOGREL 75MG) 1TAB 7PM.ACUDE AL CENTRO DESALUD REFIRIENDO QUE PRESENTA CEFALEA-TOS SECA A LA VALORACION FISICA: CABEZA: NORMOCEFALO. OJOS: PUPILASISOCORICAS- NORMORREACTIVAS- IRRITADOS. NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES- NO ALETEO NASAL. BOCA: OROFARINGE NOCONGESTIVA- MUCOSAS HIDRATADAS. CUELLO: SIMETRICO- MOVILIDAD CONSERVADA- NO SE PALPAN ADENOPATIAS. TORAX:SIMETRICO- SE AUSCULTAN RONCUS Y SIBILANCIAS- MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. TIRAJE INTERCOSTAL. CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS- LEVE SOPLO EN FOCO PULMONAR. ABDOMEN: BLANDO- DEPRESIBLE NO DOLOROS O A LA PALPACIONES UPERFICIAL NI PROFUNDA- NO VISCEROMEGALIAS. EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN EVIDENCIA PATOLÓGICA. INDICACIONES: BOLO DE 200 ML DE CLORURO DE SODIO 0.9%- POSTERIOR 42 GTS X MIN- 1 GRAMO DE PARACETAMOL- CICLO CON BROMURO DE IPATROPIO CADA 20 MIN. PARA CASA LEVOFLOXACINO 500 MG CADA DIA POR 7 DIAS- PARACETAMOL 1 GR CADA 12 HORAS- 2 PUFF DE BROMURO CADA 12 HORAS. REFERENCIA A NEUMOLOGIA. CONTROL POSTERIOR.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE CON EPOC AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE NEUMOLOGIA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica Con Infeccion Aguda De Las Vias Respiratorias Inferiores		J440		X	4.					
2.	Artrosis Primaria De Otras Articulaciones		M190	X		5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-11	03:47	Maria		Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1310675093					

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	