



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	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									
13				1303		130353		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									
				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		Neumologia	

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	