



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	Ricaurte	CS-A	0902772995								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Maldonado	Lopez	Segundo	Miguel	H	20-07-1952	73	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
0987905010		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
13	1303	130350	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X					
			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 CON ANTECEDENTE DE SER FUMADOR POR 40 AÑOS ADEMÁS DE ANTECEDENTE CLÍNICO 3 INFARTOS PARA LO QUE NECESITÓ CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN (MARCAPASO)- AL MOMENTO REFIERE TOS DE APROXIMADAMENTE 6 MESES DE EVOLUCIÓN CON EXPECTORACIÓN DE COLOR AMARILLENTA QUE LUEGO EVOLUCIONA A BLANQUECINA. REFIERE TENER CRISIS DE TOS EXACERBADAS POR ALÉRGENOS DEL AMBIENTE Y PARTÍCULAS DE MADERA (ARTESANO DE MADERA DE PROFESIÓN)- ADICIONALMENTE MENCIONA LA SENSACIÓN DE AHOGO EN DICHAS CRISIS LAS CUALES CEDEN CON LA APLICACIÓN DE 2PUFFS DE SALBUTAMOL EN ESE MOMENTO- NO REFIERE EXACERBACIÓN DEL CUADRO CON LA ACTIVIDAD FÍSICA. SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD EN SEGUNDO NIVEL PARA MANEJO INICIAL DE PATOLOGÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
AL EXAMEN FÍSICO: SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN REPOSO. FRECUENCIA RESPIRATORIA DE 20 RPM- FC 74 LPM- S02 98. PATRÓN RESPIRATORIO NORMOCINÉTICO- SIMÉTRICO- SIN USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS. SE OBSERVA CICATRIZ POSQUIRÚRGICA LONGITUDINAL A NIVEL DE ESTERNÓN. TÓRAX SIMÉTRICO- SIN DEFORMIDADES TORÁCICAS. NO SE OBSERVA DISTENSIÓN DE VENAS DEL CUELLO EN POSICIÓN SEMI-FOWLER. SIN EDEMA PERIFÉRICO NI CIANOSIS CENTRAL O PERIFÉRICA. CAMPOS PULMONARES CON SONORIDAD NORMAL EN AMBOS HEMITÓRAX. SIN MATIDEZ NI HIPERSONORIDAD LOCALIZADA. MURMULLO VESICULAR PRESENTE Y SIMÉTRICO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. CON BRONCUS ESPIRATORIO EN BASE PULMONAR DERECHA Y SIBILANCIA EN LÓBULO INFERIOR DERECHO EN ESPIRACIÓN. TIEMPO RESPIRATORIO NORMAL. NO SE AUSCULTAN BRONCOFONÍA- EGOFONÍA NI PECTORILOQUIA.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica No Especificada	J449	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-26	12:26	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311538662				

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		