



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	1315320471							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Parraga	Rodriguez	Merly	Elizabeth	M	13-08-1992	32	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
098-161-9920		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
13	1303	130302	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 FEMENINA DE 32 AÑOS - NACIDA 1992-08-13- ES TADO CIVIL: S OLTERA APP NO REFIERE- AQX APENDICECTOMÍA- ALERGIASNO REFIERE- AGO P0 C0- OCUPACIÓN: MES ERA / AMA DE CAS A- INS TRUCCIÓN S SUPERIOR TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN. NÚMERODE TELÉFONO: 0981619920. DIRECCIÓN: FLORES TA- HAS TA EL FONDO DE LA CALLE- AL FRENTE DE CAS A ANARANJADA- CAS A DECOLOR LUS TRADA CON PUERTA DE CAÑA. INICIO DE S ÍNTOMAS : 8 MES ES - CUADRO CLÍNICO DE Más DE 15 DÍAS + PÉRDIDA DE PES O+ S UDORACIÓN NOCTURNA + FATIGA + DOLOR TORÁCICO. REFIERE DOLOR ÓS EO INTERMITENTE- NO S INTOMATOLOGÍA NEUROLÓGICA-NI GANGLIOS INFLAMADOS - NI DIS URIA. NO TIENE ANTECEDENTES DE TUBERCULOS IS - ANTECEDENTE DE COVID EN 2022. NO HAES TADO EN CONTACTO CON PACIENTES CON TUBERCULOS IS Y NIEGA QUE S US CONVIVIENTES TENGAN S INTOMATOLOGÍA S IMILAR.CUENTA CON TAMIZAJES DE VIH NEGATIVOS . PENDIENTE TAMIZAJE DE S ÍFILIS (NO TENEMOS PRUEBA RÁPIDA). NO REFIERE CONTROLDONTOLÓGICO. VACUNAS INCOMPLETAS (CUENTA CON CICATRIZ DE BCG). NIEGA HáBITOS TÓXICOS (ALCOHOL- TABACO- DROGAS)-VIAJES RECIENTES - EXPOS ICIÓN EN S ECTOR S ALUD O EN COMUNIDAD. ACTUALMENTE ÚNICAMENTE VIVE CON MADRE (ES THERJOTALINA RODRIGUEZ RODRIGUEZ- FEMENINA- CI: 1307037406- 1964-10-24- 60 AÑOS - APP: DM2- AQX NO REFIERE- VACUNASINCOMPLETAS - CONTROL ODONTOLÓGICO: NO). LA CAS A TIENE 2 HABITACIONES . NO HAY MENORES DE 5 AÑOS EN CAS A. MAS COTAS :NINGUNA. AGUA: BIDÓN S IN HERVIR. RECOLECCIÓN DE BAS URA: CARRO RECOLECTOR. DES ECHOS . PACIENTE ACUDE S OLA CONDIAGNÓ S TICO DE TUBERCULOS IS POR GEN EXPERT (20/03/2025- YA S E HABÍA REALIZADO PREVIAMENTE BACILOS COPIAS CONRES ULTADOS NEGATIVOS . S E INICIA TRATAMIENTO (ES QUEMA 1 DE TUBERCULOS IS).

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
AS ES ORÍA DE ALIMENTACIÓN- ACTIVIDAD FÍS ICA E HIDRATACIÓN ADECUADA. ES QUEMA DE VACUNACIÓN S EGÚN MS P.RECOMENDACIONES DE HIGIENE Y S ALUD BUCODENTAL. CONS EJERÍA DE EDUCACIÓN S EXUAL Y HáBITOS NOCIVOS . AS ES ORÍA DEPREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA. LIMITAR US O DE PANTALLAS DIGITALES A MÁXIMO 2 HORAS AL DÍA.S ENS IBILIZACIÓN S OBRE EL DENGUE Y COVID 19. EVITAR EXPOS ICIÓN EXCES IVA AL S OL Y RECOMENDACIÓN DE US O DE DEBLOQUEADOR S OLAR. S E EXPLICAN S IGNOS DE ALARMA. TRATAMIENTO PARA ES QUEMA 1 DE TUBERCULOS IS . S E S OLICITARADIOGRAFÍA DE TÓRAX. INTERCONS ULTA A MEDICINA FAMILIAR. REFERENCIA A NEUMOLOGÍA. S E S OLICITA ACUDIR CON FAMILIARCONVIVIENTE PARA TAMIZAJE. CONTROL S UBS ECUENTE.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Tuberculosis Del Pulmon Confirmada Por Hallazgo Microscopico Del Bacilo Tuberculoso En Esputo Con O Sin Cultivo	A150		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-04-02	03:47	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	