



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	Pavon	CS-A	1304525718							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Aveiga	Velez	Santa	Grafila	M	24-03-1948	77	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0994748024			X	MOTIVO							
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	130356	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 FEMENINA DE 77 AÑOS DE EDAD APP: HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA CON LISINOPRIL 5MG BID- AS MA TARDIADIAGNOSTICADA EN 2016 TRATADA CON NEUMOCORT INHALADOR TID Y DEFAL QD- APQ: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE APF: NOREFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR NUEVA REFERENCIA A NEUMOLOGIA PORQUE PERDIO CITA ANTERIOR.PACIENTE REFIERE CRISIS AS MATICA HACE 1 MES APROXIMADAMENTE- ACTUALMENTE SE ENCUENTRA ESTABLE. PACIENTE ALMOMENTO ACTIVO- REACTIVO- ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS COGNITIVAS- HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓNFÍSICA- CABEZA: NORMOCÉFALO- MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS- TÓRAX SIMÉTRICO- CSPS CLAROS YVENTILADOS- RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN- AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES- PERCUSIÓN: TÍMPÁNICA- PALPACIÓN:BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION S UPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS ENMIEMBROS S UPERIORES E INFERIORES- TEJIDO CELULAR S UBCUTÁNEO Y PIEL SECA. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA 3.HIDRATACION 4. UREA CREMA 5. SIGNOS DE ALARMA 6. MEDICACION HABITUAL 7. REFERENCIA NEUMOLOGIA 8. CONTROL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE FEMENINA DE 77 AÑOS DE EDAD APP: HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA CON LISINOPRIL 5MG BID- AS MA TARDIADIAGNOSTICADA EN 2016 TRATADA CON NEUMOCORT INHALADOR TID Y DEFAL QD- APQ: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE APF: NOREFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR NUEVA REFERENCIA A NEUMOLOGIA PORQUE PERDIO CITA ANTERIOR.PACIENTE REFIERE CRISIS AS MATICA HACE 1 MES APROXIMADAMENTE- ACTUALMENTE SE ENCUENTRA ESTABLE. PACIENTE ALMOMENTO ACTIVO- REACTIVO- ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS COGNITIVAS- HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓNFÍSICA- CABEZA: NORMOCÉFALO- MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS- TÓRAX SIMÉTRICO- CSPS CLAROS YVENTILADOS- RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN- AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES- PERCUSIÓN: TÍMPÁNICA- PALPACIÓN:BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION S UPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS ENMIEMBROS S UPERIORES E INFERIORES- TEJIDO CELULAR S UBCUTÁNEO Y PIEL SECA. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA 3.HIDRATACION 4. UREA CREMA 5. SIGNOS DE ALARMA 6. MEDICACION HABITUAL 7. REFERENCIA NEUMOLOGIA 8. CONTROL

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Asma No Especificado	J459		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-22	01:33	Javier	Buenaventura	Loor
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313606327				

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	