



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	Centro De Salud Tipo C Tosagua	CS-C	1300625876								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Loor	Posligua	Segundo	Eladio	H	31-07-1943	82	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN							
0995297673		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						
13	1315	131550	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
EXO: MASCULINO EDAD: 82 AÑOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS RELEVANTES: HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN TRATAMIENTO CON LOSARTÁN 100 MG VÍA ORAL UNA VEZ ALDÍA. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) DIAGNOSTICADA DESDE HACE 2 AÑOS. TABAQUISMO CRÓNICO DESDE LOS 15 AÑOS. MOTIVO DE REFERENCIA: PACIENTE DE 82 AÑOS CON EXACERBACIÓN DE EPOC Y DIFICULTAD RESPIRATORIA- REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA EN NEUMOLOGÍA. ENFERMEDAD ACTUAL: SEGÚN REFIERELA Cónyuge- EL PACIENTE PRESENTA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 1 MES UN CUADRO RESPIRATORIO CARACTERIZADO POR TOS CRÓNICA-DISNEA PROGRESIVA- Y SIBILANCIAS-QUE SE ALIVIA PARCIALMENTE CON NEBULIZACIONES. NO REFIERE FIEBRE NI OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS. EXAMEN FÍSICO: SIGNOS VITALES: SATURACIÓN DE OXÍGENO DE89?90% AL AIRE AMBIENTE. SISTEMA RESPIRATORIO: SE AUSCULTAN CRÉPITANTES Y SIBILANCIAS BILATERALES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. DISMINUCIÓN DEL MURMULLOVESICULAR EN EL CAMPO PULMONAR DERECHO. Tórax NORMOTórax. OTROS SISTEMAS: NO SE REPORTAN HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS EN OTROS SISTEMAS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
TRATAMIENTO INICIAL: SE ADMINISTRA NEBULIZACIÓN CON SALBUTAMOL Y DEXAMETASONA 8 MG- CADA 30 MINUTOS DURANTE 3 OCASIONES. MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES Y SATURACIÓN DE OXÍGENO. SE INFORMA A LA JEFA DEGUARDIA- 12/01/2026 Y SE COMUNICA EL CASO PARA SEGUIMIENTO Y OBSERVACION. ESTUDIOS SOLICITADOS: RADIOGRAFÍA DE Tórax PARA EVALUAR SIGNOS DE EXACERBACIÓN O COMPLICACIONES ASOCIADAS. MOTIVO DE REFERENCIA ANEUMOLOGÍA: SE SOLICITA VALORACIÓN PARA EL MANEJO ESPECIALIZADO DE LA EXACERBACIÓN AGUDA DE EPOC- ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR Y LA POSIBLE OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO RESPIRATORIO YFARMACOLÓGICO (CONSIDERANDO PREDNISONA Y/O MANEJO CON OXÍGENO SI SE REQUIERE

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
2026-01-20	09:34	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310671951				

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	