



| 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                                                    | 1312475047                         |                   |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO          | PRIMER NOMBRE                  | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Rodriguez                                                   | Zamora                    | Oscar                          | Fabian                                                  | H                                  | 25-02-1982        | 43   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                           | REFERENCIA                     |                                                         | DERIVACIÓN                         |                   |      |                         |   |   |   |
| 0969701137                                                  |                           | X                              |                                                         | MOTIVO                             |                   |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                           | 1. Accesibilidad geográfica.   |                                                         | 6. Problemas de abastecimiento.    |                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   |                           | 2. Falta de espacio físico.    |                                                         | 7. Insuficiencia de profesionales. |                   |      |                         |   |   |   |
| CANTÓN                                                      | 3. Falta de equipamiento. |                                | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                    |                   |      |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                                                   | 4. Equipos en mal estado. |                                | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                    |                   |      |                         |   |   |   |
| 13                                                          | 1315                      | 131550                         | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| USUARIO CON APP DE TB PULMONAR EL CUAL EMPEZÓ LA PRIMERA FASES (200 TABLETAS) EL 21/05/2025 CON HRZE- 4 TABLETAS DIARIAS DE LUNES A VIERNES- SEVUELVE A REPETIR 1ERA FASE- POR ENCONTRAR RESISTENCIA A LA MEDICACIÓN- (DÍA 125)- TERMINA TTO ANTIFIMICO- EN LA ACTUALIDAD REFIERE AUSENCIA DESÍNTOMAS RESPIRATORIOS- HA SUBIDO DE PESO- NO TOS- NO EXPECTORACIÓN- NO FIEBRE- MANTIENE LEVE DISNEA EN OCASIONES. SE ENVIA A SU SERVICIO PARAVALORACION SUBSECUENTE. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AP RESPIRATORIO: BUENA EXPANSIBILIDAD TORÁXICA- MV AUDIBLE- NO CREPITANTES- NO SIBILANTES.GLICEMIA: 95.44 MG/DL- CREATININA: 0.89 MG/DL- UREA 27.33 MG/DL; COLESTEROL 161.41 MG/DL- TAG: 68.94 MG/DL- VLDL: 13.79 MG/DL- TGO: 28.36 U/L- TGP: 27.8 U/L.UROANÁLISIS: PROTEÍNA: NEGATIVO- GLUCOSA: NEGATIVO. LEU 3-5 XC/; ERT: 0-2XC/; CEL EPIT: ESCASAS- BACTERIAS: +;MOCO: + BACILOSCOPIA . 10/12/20 |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO                        | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Tuberculosis Del Pulmon Confirmada Unicamente Por Cultivo | A151 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                                           |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                                           |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-01-18                            | 09:00           | 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |