

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 Martha	CS	1304439837							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Zambrano	Farias	Luis	Alfredo	H	25-07-1964	61	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
095-923-7463		☒		☐							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		☐							
		2. Falta de espacio físico.		☐							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		☐						
13	1303	130350	4. Equipos en mal estado.		☐						
			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

MAS CULI NO DE 61 AÑOS DE EDAD- ANTECEDENTES MEDI COS NO REF I ERE- TRAB AJ ADOR CON S OLDADURAS DURANTE 40 AÑOS .ACUDE POR CUADRO CLÍ NI CO DE AÑOS DE EVOLUCI ÓN CARACTERI ZADO POR TOS CRÓNI CA- LA MAYOR PARTE DE TI EMPO S ECARACTERI ZA POR S ER TOS S ECA- CUADROS EMPEORAN MI ENTRAS COME O EN LAS NOCHES . PACI ENTE REF I ERE QUE NO HA TENI DOALZA TERMI CA O ES CALOF RI OS - S I N EMB ARGO HI J A QUI EN LO ACOMPAÑA REF I ERE QUE EVI DENCI A UNA PERDI DA DE PES O EN LOSULTI MOS 6 MES ES . B AS I LOS COPI A NEGATI VA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

OTROS ANALI S I S : B I OMETRÍ A HEMÁTI CA: GLÓB ULOS ROJ OS 5.07- HEMOGLOB I NA 15.2- HEMATOCRI TO 47.4- VCM 93.4- HCM 30- CHCM32.1- RDW 12.5- PLAQUETAS 260- MPV 11.1 ELEVADO- GLÓB ULOS B LANCOS 7.05- LI NF OCI TOS 39.5%- NEUTRÓF I LOS 50.6%DI S MI NUI DOS - MONOCI TOS 6.9%- EOS I NÓF I LOS 2.5%- B AS ÓF I LOS 0.5%; B I OQUÍ MI CA: GLUCOS A 125.1- COLES TEROL TOTAL 250.8-TRI GLI CÉRI DOS 288.1 ELEVADOS - TGO 23.32 Y TGP 23.08 B AS I LOS COPI A: NEGATI VO RADI OLOGI A CONVENC I ONAL : AP TORAX: CAMPOSPUL MONARES: S E OBSERVA AUMENT O DEL PAT RON I NT ERST I C I AL BI L AT ERAL - MAS MARC ADO EN REGI ONES PERI HI L I ARES. NO SE I DENT I FI C AC ONSOL I DADOS L OBARES FRANC AS. B ASES PUL MONARES: CONGEST I ÓN VASC UL AR.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica Con Infeccion Aguda De Las Vias Respiratorias Inferiores	J440	X		4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-12	11:01	Tania	Velez	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1308557071				

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
MSP			HOSPITAL BASICO	1303927469	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Hospital De Chone Nivel I	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Paciente Con App De Hta- Osteoartritis- No Refiere Alergias A Medicamentos- Colectomía - 1 Cesarea. Fx Costal Hace Varios años Atras. Consulta De Dolor Osteoarticular De Larga Data- A Predominio De Manos- Hombros- Col Cervical. Sin inflamación Sin Limitación. Al Ex Físico: No Se Evidencia Deformidades Ni Inflamación Articular . Se Solicita Ex Y Rx. Se Indica Sysadoas - Condor protectores.

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	(Osteo)Artritis Primaria Generalizada		M150		X	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	
1308809787				