



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	Sesme	CS-A	1314109974								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Napa	Zambrano	Justina	Monserate	M	13-05-1942	83	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
0985991293		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	130356	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 83 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTE DE BRONQUIECTAS IAS Y ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA- ENTRATAMIENTO MÉDICO Y US O DE OXÍGENO DOMICILIARIO- QUIEN ACUDE PARA CONTROL Y S EGUIMIENTO . AL MOMENTO REFIERENFAMILIARES QUE PRES ENTA CUADRO DE VARIOS MES ES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DIS NEA DE MEDIANOS ES FUERZOS - TOSCRÓNICA PRODUCTIVA CON EXPECTORACIÓN BLANQUECINA INTERMITENTE- FATIGA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA ACTIVIDADES COTIDIANAS . NIEGA FIEBRE AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN. PACIENTE FUE VALORADA EN HOS PITAL DE S EGUNDO NIVEL- DONDE S EREALIZARON EXÁMENES COMPLEMENTARIOS - ENTRE ELLOS TAC DE TÓRAX REPORTANDO BRONQUIECTAS IAS . ADEMÁS - GAS OMETRÍAARTERIAL CON HIPOXEMIA Y S ATURACIÓN DE OXÍGENO DIS MINUIDA- POR LO QUE INDICAN OXÍGENO CRÓNICO DOMICILIARIO Y MANEJOPOR NEUMOLOGÍA Y CARDIOLOGÍA. ACTUALMENTE S E ENCUENTRA CON TRATAMIENTO MÉDICO A BAS E DE BROMURO DE IPRATROPIO-S ALBUTAMOL- PREDNIS ONA- LORATADINA Y AZITROMICINA TRIS EMANAL. POR PERS IS TENCIA DE S INTOMATOLOGÍA RES PIRATORIACRÓNICA Y NECES IDAD DE CONTINUIDAD DE MANEJO ES PECIALIZADO- S E REALIZA REFERENCIA A S ERVICIO DE NEUMOLOGÍA PARAVALORACIÓN- CONTROL Y AJUS TE TERAPÉUTICO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
N/A

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Bronquiectasia	J47X		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-10	08:01	Keily	Villamil	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313408427				

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	