



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	San Antonio		CS-A	1303127664													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Iriarte		Mera		Pedro		Guillermo		H	26-05-1962	64	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
098-283-2942 /				X															
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		X											
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios													
13				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 MASCULINO DE 64 AÑOS DE EDAD- APP: HTA Y DIABETICO- APQ: NO REFIERE- AA: NO REIFERE QUE ACUDE A CENTRO DESALUD POR CUADRO CLÍNICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DISNEA PROGRESIVA DE ESFUERZO- TOSPERSISTENTE DE PREDOMINIO NOCTURNO- EXPECTORACIÓN MUCOSA ESCASA Y SENSACIÓN DE OPRESIÓN TORÁCICA INTERMITENTE.REFIERE LIMITACIÓN PARA ACTIVIDADES COTIDIANAS DE MODERADO ESFUERZO Y EPISODIOS DE FATIGA FÁCIL. NIEGA FIEBRE ACTUAL-DOLOR TORÁCICO TIPO PUNZANTE O HEMOPTISIS. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA PACIENTE CON LEVE DIFICULTAD RESPIRATORIA ALESFUERZO- MURMULLO VESICULAR CONSERVADO CON PRESENCIA DE SIBILANCIAS ESPORÁDICAS BILATERALES. POR LAPERSISTENCIA Y PROGRESIÓN DE LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS- SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR NEUMOLOGÍA PARAESTUDIO ESPECIALIZADO- DESCARTE DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA CRÓNICA Y DEFINICIÓN DE MANEJO. 0982832942

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EN ESPERA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Trastorno Respiratorio No Especificado		J989		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-06-09	11:53	Esther		Zambrano	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1311821787					

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	