



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	Canuto		CS-A	1307398436																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Mendieta		Mecia		Aracely		Del		M	25-09-1976	49	<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 MOTIVO																	
097-872-5220				☒		<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>						☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																					
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																					
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																					
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																					
13	1303	130352																					

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 49 AÑOS DE EDAD- ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR DOLOR EN ESPALDA LADO DERECHO DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN APROXIMADAMENTE- REFIRIENDO QUE EL DOLOR INICIÓ HACE 2 AÑOS. LA PACIENTE REFIERE HABERSE REALIZADO UNA RADIOGRAFÍA EN MARZO DE MANERA PARTICULAR- DONDE LE DIJERON QUE TENÍA UNA MASA EN EL PULMÓN DERECHO- Y POSTERIORMENTE REFIERE QUE LE REALIZARON UNA TOMOGRAFÍA DE TÓRAX EN EL HOSPITAL DE CHONE- QUE CONFIRMÓ LA PRESENCIA DE UNA MASA DE TAMAÑO MODERADO EN EL PULMÓN DERECHO. SE REALIZÓ BIOPSIA EN ABRIL- LA CUAL NO MOSTRÓ EVIDENCIA DE MALIGNIDAD. LA PACIENTE NO PORTA IMÁGENES NI RESULTADOS MANIFESTADOS CON ANTERIORIDAD- SOLO LO REFIERE DE FORMA VERBAL- Y MANIFIESTA SEGUIR EL TRATAMIENTO INDICADO POR NEUMOLOGÍA. EN ESTOS DÍAS EL DOLOR HA EMPEORADO- LOCALIZÁNDOSE EN ESPALDA LADO DERECHO- IRRADIÁNDOSE A TÓRAX- CARACTERÍSTICA PULSATIL- INTENSIDAD EVA 7/10- EMPEORA AL AGACHARSE Y LE DIFICULTA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ADICIONAL. AL MOMENTO- PACIENTE ESTABLE- ALERTA Y SIN SIGNOS DE ALARMA.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
AL EXAMEN FÍSICO EN COLUMNA Y ESPALDA SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACIÓN EN REGIÓN DORSAL DERECHA- SENSIBILIDAD LOCALIZADA- DOLOR IRRADIADO A TÓRAX- EMPEORA AL AGACHARSE- SIN DEFORMIDADES O MASAS PALPABLES- MOVILIDAD LIMITADA POR DOLOR.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Tumor De Comportamiento Incierto O Desconocido De La Traquea De Los Bronquios Y Del Pulmon		D381	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-26	08:40				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	

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	