

INSTITUCIÓN DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO																			
MSP		1410	HBAGA		B	910911809		910911809																			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO																		
CEVALLOS		VELIZ		MANUEL		IGNACIO		M	05/11/1960																		
NÚM. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																			
986237708 10986181161				X				<table border="1"> <tr> <td>W</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>		W	D	M	A				X										
W	D	M	A																								
			X																								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		MOTIVO																				
							<table border="1"> <tr> <td>1. Accesibilidad geográfica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Falta de espacio físico</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Falta de equipamiento</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Equipos en mal estado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Problemas de infraestructura</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Problemas de abastecimiento</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Insuficiencia de profesionales</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Inadecuada capacidad reactiva</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td> <td></td> </tr> </table>			1. Accesibilidad geográfica		2. Falta de espacio físico		3. Falta de equipamiento		4. Equipos en mal estado		5. Problemas de infraestructura		6. Problemas de abastecimiento		7. Insuficiencia de profesionales		8. Inadecuada capacidad reactiva		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
1. Accesibilidad geográfica																											
2. Falta de espacio físico																											
3. Falta de equipamiento																											
4. Equipos en mal estado																											
5. Problemas de infraestructura																											
6. Problemas de abastecimiento																											
7. Insuficiencia de profesionales																											
8. Inadecuada capacidad reactiva																											
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios																											

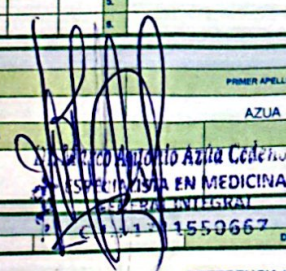
MSD

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	NEUMOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS DE EDAD CON APP DE EPOC LA CUAL NO MANTIENE SEGUIMIENTO NOS REFIERE QUE MANTIENE DISNEA A PEQUEÑOS ESFUERZOS SECA Poca PRODUCTIVA EN VARIAS OCAASIONES AH ESTADO INGRESADO POR BRONQUITIS POR LO QUE SE DECIDE VALORACION POR SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO		CE	PRE	DEF
1.	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	J44.1	X	
2.				
3.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
2024-09-30	11:00	MARCO	AZUA	CEDEÑO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			
1311550667					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	
CONTRAREFERENCIA		REFERENCIA INVERSA			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	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		CE	PRE	DEF
1.				
2.				
3.				

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	