

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	MINAYA	JUAN PABLO	27	09	1941	84 años, 3 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300498043	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA EDDY MARIA y CDLA EDDY MARIA	096-948-1324 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1300498043	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2026	01	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 84 AÑOS DE EDAD ** APP: HIPERTENSION ARTERIAL (LOSARTAN 100 MG QD + AMLODIPINA 5MG QD) + BRONQUIECTASIA (EN CONTROL POR ESPECIALIDAD DE NEUMOLOGIA EN HGND) **APF: ESPOSA (HTA) + HERMANA (HTA) ***** ACUDE A ESTABLECIMIENTO CON REFERENCIA INVERSA EN FÍSICO REFIRIENDO QUE ESTA SIENDO ATENDIDO POR NEUMOLOGIA DEBIDO A QUE PRESENTÓ CUADRO CLÍNICO DE TOS PRODUCTIVA Y DISNEA. NIEGA ALERGIAS. NIEGA ALZA TERMICA. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO. *** AL EXAMEN FÍSICO, SE EVIDENCIAN CREPITANTES BILATERALES BASALES. *** EN TRATAMIENTO CON BROMURO DE IPATROPIO CADA 8 HORAS + FLUTICASONA CADA 12 H + LORATADINA 10 MG QD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MMVV CONSERVADO, NO SE AUSCULTAN CREPITANTES NI SIBILANCIAS, SOLO LEVE RESISTENCIA AL PASO DE AIRE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BRONQUIECTASIA	J47X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-15	08:35	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 FIRMA Firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME Validar únicamente con FirmaEC

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-15	08:35	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

