

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| OBANDO           |                  | ANGEL GABRIEL | 17                  | 12  | 1934 | 90 años, 11 meses, 25 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1300533906        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CALLE PRUDENCIO LOOR y SN    | 098-614-8050 / (05)-269-6033 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular         |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| MSP                 | 1300533906      | 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   | 2025  | 12  | 12  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad  
resolutiva



Saturación capacidad  
instalada



Ausencia temporal del  
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 90 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD FÍSICA DEL 40 %, EPOC, AL MOMENTO ESTABLE, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, TRAE CONTRARREFERENCIA PARA SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD EN HOSPITAL. AL MOMENTO AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA | J449   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA                                                                               |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-12-12 | 11:29 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |  |

Firmado electrónicamente por:  
JESUS GREGORIO LOOR  
VERA  
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 |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------|
| 2025-12-12 | 11:29 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |       |