

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ENDARA	CEVALLOS	LUIS ALBERTO		25	01	1935	89 años, 7 meses, 12 días	Hombre
				día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301171607	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO LA TRINIDAD y SITIO LA TRINIDAD	099-110-3846 /	
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	1301171607	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:							
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2024	09	06
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 ACUDE CON APP DE EPOC, EL MISMO PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR TOS CON PRODUCCION DE MOCO, CON SIBILANCIA SINTOMAS QUE SE HAN EXACERVADO EN LOS ULTIMOS DIAS EL CUAL REQUIERE DE VALORACION POR NEUMOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REALIZADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico

CIE-10 PRE DEF

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON EXACERBACIÓN AGUDA, NO ESPECIFICADA

J44.1

X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO
2024-09-06	10:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258

FIRMA

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 clínico

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
2024-09-06	10:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	