

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	1246	CS. TOSAGUA	C	1301258248	1301258248						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
CHAVEZ		JACINTO	RAMON	H	06/12/1948	77	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO				
0997129203 / 0979088674							1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA					6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios Y FALTA DE MEDICAMENTOS.			
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA					X X				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE " Dr. NAPOLEON DAVILA"	CONSULTA EXTERNA	NEUMOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO MAYOR DE 77 AÑOS CON APP: DM2. HTA. LLEVA TRATAMIENTO CON INSULINA NPH 30 UI /DÍA METFORMINA 500 QD. LOSARTAN 100 MG DIA, AMLODIPINO DE 10MG QD.- ACUDE A CONTROL Y AL EX. FÍSICO: DEL A.R: MV CON CREPITANTES DISFUSOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES A PREDOMINIO DE BASE PULMONAR DERECHA (CRONICO) REFIERE ESTAR BAJANDO DE PESO Y SE CANSA CON FACILIDAD Y LA DA TOS FRECUENTEMENTE... POR ELLO SE INDICA RX.- DE TORAX E I/C.- CON NEUMOLOGIA...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EX. FÍSICO: DEL A.R: MV CON CREPITANTES DISFUSOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES A PREDOMINIO DE BASE PULMONAR DERECHA (CRONICO) REFIERE ESTAR BAJANDO DE PESO Y SE CANSA CON FACILIDAD Y LA DA TOS FRECUENTEMENTE... POR ELLO SE INDICA RX.- DE TORAX E I/C.- CON NEUMOLOGIA... SIGNOS VITALES NORMALES.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. AFECCION PLEURAL, NO ESPECIFICADA	J949	X		4.			
2. BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	J42X	X		5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/02/2026	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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		