

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	KRAVAROVICH	EDDY ABDUL	07	09	1944	81 años, 8 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301395479	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA SAN VICENTE y	098-130-5592 /
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	1301395479	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2026	05	29
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 MASCULINO DE 81 AÑOS DE EDAD, PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DISNEA DE PREDOMINIO NOCTURNO, REFIRIENDO SENSACIÓN DE AHOGO AL ADOPTAR LA POSICIÓN DE DECÚBITO, LO QUE LE IMPIDE DORMIR COMPLETAMENTE ACOSTADO, NECESITANDO EL USO DE VARIAS ALMOHADAS PARA DESCANSAR. REFIERE EVOLUCIÓN PROGRESIVA DEL CUADRO, ASOCIADO A ALTERACIÓN DEL SUEÑO Y FATIGA. NIEGA FIEBRE O EXPECTORACIÓN HEMOPTÓICA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA EN REPOSO. POR PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA Y NECESIDAD DE ESTUDIO COMPLEMENTARIO, SE CONSIDERA REFERENCIA A NEUMOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y DESCARTE DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA ASOCIADA. ACUDE AL HNDC A CONSULTA CON CARDIOLOGÍA QUIEN LE INDICA QUE SOLICITE REFERENCIA PARA NEUMOLOGIA. 0961147350

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-29	08:45	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-05-29	08:45	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

