

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	MOLINA	ROSA ESPERANZA	09	12	1948	75 años, 9 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301567168	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SANTA MARTHA y	099-006-2330 /
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	1301567168	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología	2024	09	17	
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 EN COMPAÑIA DE SU HIJA QUIEN TRAE ESTUDIO DE TAC DE TORAX CON REPORTE DE LESION EN PUMON DERECHO CALCIFICADA DE 0.91CMX 0.5CM LOCALIZADO EN HILIO PULMONAR SUGESTIVO DE GANGLIO CALCIFICADO, LESION CON DENSIDAD D PARTES BLANDAS SUBPLEURAL Y PARAVERTEBRAL DERECHO, MIDE 1,0X 0,61 CM LOCALIZADA EN SEGMENTO POSTERIOR DE LOBULO SUPERIOR DERCHO. REFIERE ANTECEDENTE DE HTA, OSTEOTATROSIS CONTROLADA CON ZALDIAR, CLORTALIDONA 25MG, LOSARTAN 50MG/D, DIURESIS Y DEPOSICION NORMAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION Y TRATAMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HALLAZGOS ANORMALES EN DIAGNOSTICO POR IMAGEN DEL PULMON	R91X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-17	10:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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
2024-09-17	10:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	