

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	SABANDO	VICENTE ANTONIO	25	06	1951	75 años, 0 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	1301622161	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	DELICIAS y	095-864-5439 / (09)-586-4543
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	1301622161	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		2026	07	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 MASCULINO DE 74 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTABLECIMIENTO ***APP: HIPERTENSION ARTERIAL (LOSARTAN 50 MG QD) + RINITIS ALERGICA + NEUMONIA POR COVID HACE 4 AÑOS (15 DIAS EN UCI - NO REQUIRIO INTUBACION) /// ULTIMA HOSPITALIZACION POR NEUMONIA EN NOVIEMBRE **** EX-TABAQUISTA - CESACION HACE 25 AÑOS **** DOCENTE: JUBILADO ***** PACIENTE EN NECESIDAD DE CONTROL POR ESPECIALIDAD DE NEUMOLOGIA EN HNDC, EN SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD *** INDICA QUE SIGUE CON TRATAMIENTO Y CUIDADOS PRESCRITOS POR ESPECIALISTA, NO REFIERE CUADROS DE DISNEA Y DESATURACION EN ULTIMO MES **** EX. FISICO: BMV - MEJORIA DE CREPITANTES BIBASALES. RX. TORAX: SIMETRICO, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAgregados ***** AL MOMENTO, PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, COLABORADOR Y RIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO DE PACIENTE POR ANTERIOR CUADRO DE NEUMONIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	J189		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	07:42	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-07-17	07:42	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

