

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	RODRIGUEZ	NILO BOANERGE	26	09	1954	70 años, 2 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301816425	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	POTRERILLO y	0993859500
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	098-387-6389 / Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1301816425	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	12	12
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 CON INSUFICIENCIA RENAL , SE HACE DIALISIS PERITONEAL A DIARIO EN SU HOGAR DESDE HACE UN AÑO EN METRODIAL SE REALIZÓ RX DE TORAX PORQUE HACE UNA SEMANA PRESENTÓ DERRAME DE PULMON DERECHO, ANTECEDENTE DE DM2, MEDICACION QUE TOMA AC FOLIC 5MG/D, INSULINA NPH 15 UI/D, CLOPODRGEL 75MG/D, CARVEDILOL 6,25MG, ATORVASTATINA 40MG, FUROSEMIDA 40MG, CALCIO 500MG/D, CALCITRIOL 0,5MG/D, EX DE LABORATORIO NOV CR 7,7MG/DL, U 149, CA 9,2, P 4, HTCT 51,5 %, HB 13,9GR/DL, PLAQ 162.000, SEROLOGIA VIRAL NEGATIVA,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION Y TRATAMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERRAME PLEURAL EN AFECCIONES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	J91X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-12	08:41	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