

# MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

## FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

### I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                                      |                        |                                                       |                                            |                                          |           |                                          |                      |                   |                  |
|--------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|-----------|------------------------------------------|----------------------|-------------------|------------------|
| Apellido paterno<br><i>Maldonado</i> |                        | Apellido materno<br><i>Risco</i>                      |                                            | Nombres<br><i>Cecilia Cecilia</i>        |           | Fecha de Nacimiento<br><i>05 09 1945</i> |                      | Edad<br><i>79</i> | Sexo<br><i>H</i> |
| Nacionalidad<br><i>Ecuador</i>       | País<br><i>Ecuador</i> | Cédula de Ciudadanía o Pasaporte<br><i>1301963598</i> | Lugar de residencia actual<br><i>Huaca</i> | Dirección Domicilio<br><i>Santa Rita</i> |           | N° Telefónico<br><i>0939578206</i>       |                      |                   |                  |
| Ver Instructivo                      | Describir País         | Cédula diez dígitos                                   | Provincia                                  | Cantón                                   | Parroquia | Calle Principal y Secundaria             | Convencional/Celular |                   |                  |

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

### 1. Datos Institucionales

|                                    |                   |                                                  |                  |                                   |  |
|------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------|--|
| Entidad del sistema<br><i>HSP</i>  | Hist. Clínica No. | Establecimiento de Salud<br><i>SCS San Pablo</i> | Tipo<br><i>1</i> | Distrito/Área<br><i>13007</i>     |  |
| Refiere o Deriva a:<br><i>HUDE</i> |                   | Servicio<br><i>Centro Extern</i>                 |                  | Especialidad<br><i>Neumología</i> |  |
| Entidad del sistema                |                   | Establecimiento de Salud                         |                  | Fecha<br><i>10 09 2014</i>        |  |

### 2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria 1 ☒ Saturación de capacidad instalada 4 ☐  
 Ausencia temporal del profesio 2 ☐ Otros /Especifique: 5 ☐  
 Falta de profesional 3 ☒

### 3. Resumen del cuadro clínico

*Varón de 79 años de edad, sexo hombre, antecedente de diabetes mellitus controlada con insulina 50 U/d. Tabagismo. Que presenta desde los 70 años tos persistente, dolor en el pecho de aproximadamente 30 días. Es diagnóstico de neumonía en el lóbulo derecho.*

### 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                |                                                                                     |              |     |          |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|----------|
| 5. Diagnóstico |                                                                                     | CIE-10       | PRE | DEF      |
| 1              | <i>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no complicada</i> | <i>J44.1</i> |     | <i>0</i> |
| 2              |                                                                                     |              |     |          |

Nombre del profesional: *Dr. Eui Spa Palmy* Código MSP: *286*  
 Dr. Irving Buitrón Nieto  
 C. 1311629818  
 ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
 FAMILIAR Y COMUNITARIA  
 Dr. Enrique Rodríguez  
 MEDICO CIRUJANO  
 Reg. MSP. L: 34 F: 79 N° 236

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

### 1. Datos Institucionales

|                                       |                          |                          |               |          |                           |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|----------|---------------------------|
| Entidad del sistema                   | Hist. Clínica Nro.       | Establecimiento de Salud | Tipo          | Servicio | Especialidad del servicio |
| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |                          |               |          |                           |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de Salud | Tipo                     | Distrito/Área | Fecha    |                           |

### 2. Resumen del cuadro clínico

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

### 3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

### 4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

### 5. Diagnóstico

|   |  |        |     |     |
|---|--|--------|-----|-----|
| 1 |  | CIE-10 | PRE | DEF |
| 2 |  |        |     |     |

### 6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma:

7. Referencia Justificada