

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ARAGUNDI	ROSA ELENA	02	06	1952	73 años, 10 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302027162	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS NARANJOS 2 y	098-874-0440 /
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	1302027162	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2026	04	13
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 FEMENINA DE 73 AÑOS DE EDAD SIN APP CONOCIDOS, APQ: CISTOCELE HACE 10 AÑOS. AA: NO REFIERE. ACUDE A ESTA CONSULTA CON RESULTADO DE ESPIROMETRIA PARA REVISION CON ESPECIALIDAD NEUMOLOGIA. ANTESCEDENTE COCINO CON LEÑA DE LARGA DATA, NO REFIERE CONSUMO DE TABACO. PACIENTE MAS DE 5 MESES DE EVOLUCION CON CUADRO CLINICO DE TOS CON ESPECTORACION MUCOSA PERDIDA DE PESO EXTREMA CON BACILOS COPIA NEGATIVA. ADEMAS TAC QUE REFLEJA BRONQUIOOECTASIAS. MENCIONA ADICIONALMENTE QUE TIENE PERDIA DE CABELLO, FALTA DE CONCENTRACION, INSOMNIO, UÑAS QUEBRADIZAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BRONQUIECTASIA	J47X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-13	08:16	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-04-13	08:16	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	