

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	ZAMBRANO	SUSANA EDUVI	16	10	1959	66 años, 1 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302523293	MANABI	CHONE	BOYACA	VERGEL y	099-389-5050 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1302523293	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2025	12	04
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 FEMENINO DE 66 AÑOS DE DAD, APP HTA TRATADA CON LOSARTAN DE 100 MG , DM2 TRATADA CON METFORMINA DE 500 MG, REUMATISMO EN CONTROL POR EL HOSPITAL, EPOC EN CONTROL CON NEUMOLOGIA POR EL HOSPITAL, RINITIS ALERGICA EN CONRTOL POR OTORRINOLOGIA EN EL HOSPITAL. ACUDE CON UNA REFERENCIA INVERSA POR PARTE DE NEUMOLOGIA EN EL CUAL REFIERE TOS CON EXPECTORACION, CONGESTION NASAL, DISNEA HABITUAL (NO REALIZA TRATAMIENTO CON NORMALIDAD POR SER DE ESCASOS RECURSOS), AL MOMENTO ESTABLE PERO SE REQUIERE DE SEGUIMIENTO POR PARTE DE NEUMOLOGIA Y OTORRINOLOGIA, REFEIRE TAC DE TORAX CON HALLAZGOS DE RESTRICCION PULMONAR DERECHO + ATELECTACIA LOBAR DERECHO SUPERIOR. PACIENTE ACTUALMENTE CON DISMINUCION DE AGUDEZA AUDITIVA DEL OIDO DERECHO DE APROXIMADAMENTE 5 AÑOS DE EVOLUCION, ADEMAS REFIERE ARTRALGIA DE 10 AÑOS DE EVOLUCION. AL EXAEN FISICO, BASE PULMONAR DERECHA CON ESTERTORPES EN BASE, SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO CON BROMURO DE IPATROPIO CADA 8 HORAS, BUDESONIDE 200MG CADA 12 HORAS, LORATADIA 10 CADA DIA POR 3 MESES. TELEFONO: 0993895050 - 0995023184 HIJA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO: 0993895050 - 0995023184 HIJA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	J449		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-04	09:42	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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
2025-12-04	09:42	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

