

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILCES	MACAY	MERY MERLY	06	10	1958	67 años, 4 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302670193	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BAY PAS y	099-579-8059 / (02)-280-6445
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	1302670193	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2026	03	05
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 67 AÑOS CON PRESUNTIVO DE FIBROSIS PULMONAR VS ESTENOSIS DE VÁLVULA CARDÍACA MAS HIPERTENSION PULMONAR SILDENAFIL 50 MG MEDIA TABLETA, OMEPRAZOL 20 MG , FUROSEMINA 40 MG CADA DIA 10 AM MAS LEVOTIROXINA 50 MG 30 MIN ANTES DE DESAYUNO, SALBUTAMOL AEROSOL 2 PUFF MAS FLIXETIDE SPRAY MAS TIOTROPIO AEROSOL QUE ACUDE A LA CONSULTA PARA CONTINUAR CON CONTROLES DE NEUMOLOGIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA EN CHONE. AL MOMENTO PACIENTE ACUDE CON TANQUE DE OXIGENO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0995798059/0983272918.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	J841		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-05	08:38	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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 clínico

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
2026-03-05	08:38	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	