

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARAY	LOZA	WILFRIDO SANTIAGO	19	07	1961	64 años, 5 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303065948	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO EL MORAL y	098-877-3295 /
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	1303065948	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2025	12	19
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 MASCULINO DE 64 AÑOS CON , BRONQUIECTASIAS QUISTICAS QUE PROVOCAN HEMOPTISIS, HACE 40 AÑOS REALIZO TRATAMIENTO PARA TUBERCULOSIS HACE AÑOS, NO RECUERDA QUE TIEMPO, ACTUALMENTE CUENTA CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, DISMINUCION DEL MV, EL PACIENTE NECESITA REFERIR CONTROL DEL MISMO PORQUE SE OBSERVA EN HISTORIAL TENER MAS DE 1 AÑO SIN CONTROL SE REALIZA REFERENCIA PARA NEUMOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS CON , BRONQUIECTASIAS QUISTICAS QUE PROVOCAN HEMOPTISIS, HACE 40 AÑOS REALIZO TRATAMIENTO PARA TUBERCULOSIS HACE AÑOS, NO RECUERDA QUE TIEMPO, ACTUALMENTE CUENTA CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, DISMINUCION DEL MV, EL PACIENTE NECESITA REFERIR CONTROL DEL MISMO PORQUE SE OBSERVA EN HISTORIAL TENER MAS DE 1 AÑO SIN CONTROL SE REALIZA REFERENCIA PARA NEUMOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BRONQUIECTASIA	J47X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-19	08:06	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	131477904	 Holger Yefrey Munoz Mantilla Time Stamping Security Data

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
2025-12-19	08:06	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	131477904	

