

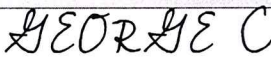
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1303066961		1303066961			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Marcillo		Marcillo		Dilia		Noemi		M	08/07/1944	80	H D M A
											x
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA		DERIVACIÓN				
0997644344					x						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento.					
Manabi		Flavio Alfaro		Flavio Alfaro		7. Insuficiencia de profesionales					
						8. Inadecuada capacidad resolutoria		x			
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		x			
					1. Accesibilidad geográfica.						
					2. Falta de espacio físico.						
					3. Falta de equipamiento.						
					4. Equipos en mal estado.						
					5. Problemas de infraestructura.						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
MSP.			
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
CONSULTA EXTERNA		NEUMOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
Paciente Femenina De 80 años edad . App Epoc hace 4 años. Actualmente Acude por Disnea de pequeños esfuerzos, Tos Productiva, taquipnea tiraje subcostal , alza termica , Necesidad de aire y insuficiencia respiratoria aguda. Al examen Físico: Cabeza Normocefalo , Cuello simétrico Sin Adenopatias . Tórax simétrico sin adenopatías campos pulmonares estertores crepitantes roncus y sibilantes bilaterales ruidos cardíacos taquicardia y disrítmicos abdomen no doloroso y depresible ruidos hidroaereos audibles . extremidades simétricas con leve edema Al Momento SIGNOS VITALES PRESIÓN. 140/70 MMHG T 36.7 Pulso 120x Respiración 31 Saturación 96% con oxígeno con mascarilla Reservorio, escala Glasgow 15/15. Con necesidad de unidad de mayor Complejidad en unidad de cuidados intensivos.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
examen físico general radiografía y tomografía sin contraste en proceso de gestión hospital de mayor Complejidad.

E. DIAGNÓSTICO																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRE= PRESUNTIVO</th> <th>DEF= DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> <th></th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con excarcerbación Aguda</td> <td></td> <td></td> <td>J441</td> <td>X</td> <td></td> <td>4.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF	1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con excarcerbación Aguda			J441	X		4.				2.						5.				3.						6.			
	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF																															
1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con excarcerbación Aguda			J441	X		4.																																		
2.						5.																																		
3.						6.																																		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/02/2024	14:00	GEORGE	CUSME	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1312195694				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA			SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA			SI	NO
CONTRAREFERENCIA					REFERENCIA INVERSA				

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO
FECHA (aaaa-mm-dd)			

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRE= PRESUNTIVO</th> <th>DEF= DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> <th></th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF	1.						4.				2.						5.				3.						6.			
	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF																															
1.						4.																																		
2.						5.																																		
3.						6.																																		

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO