

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
IRIARTE	MERA	PEDRO GUILLERMO	26	05	1962	64 años, 0 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303127664	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	13 ABRIL y 15 MARZO	098-283-2942 /
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	1303127664	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	06	09
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 DE EDAD, APP: HTA Y DIABETICO, APQ: NO REFIERE, AA: NO REIFERE QUE ACUDE A CENTRO DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DISNEA PROGRESIVA DE ESFUERZO, TOS PERSISTENTE DE PREDOMINIO NOCTURNO, EXPECTORACIÓN MUCOSA ESCASA Y SENSACIÓN DE OPRESIÓN TORÁCICA INTERMITENTE. REFIERE LIMITACIÓN PARA ACTIVIDADES COTIDIANAS DE MODERADO ESFUERZO Y EPISODIOS DE FATIGA FÁCIL. NIEGA FIEBRE ACTUAL, DOLOR TORÁCICO TIPO PUNZANTE O HEMOPTISIS. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA PACIENTE CON LEVE DIFICULTAD RESPIRATORIA AL ESFUERZO, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO CON PRESENCIA DE SIBILANCIAS ESPORÁDICAS BILATERALES. POR LA PERSISTENCIA Y PROGRESIÓN DE LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR NEUMOLOGÍA PARA ESTUDIO ESPECIALIZADO, DESCARTE DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA CRÓNICA Y DEFINICIÓN DE MANEJO. 0982832942

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO RESPIRATORIO, NO ESPECIFICADO	J989		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	11:27	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-06-09	11:27	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

