

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	BERMEO	MAGNOLIA SUSANA	16	11	1956	69 años, 6 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303236440	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NARANJOS 1 y	099-845-0677 /
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	1303236440	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología	2026	05	22
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 69 AÑOS CON DISCAPACIDAD FISICA DEL 54 %, CON ANTECEDENTES DE LUPUS Y DE HIPERTENSION ARTERIAL. ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD INDICANDO QUE ELLA REALIZA CONTROLES CON NEUMOLOGIA POR EL HOSPITAL NDC, DEBIDO A SANGRADO DIGESTIVO ALTO, TRAE REFERENCIA INVERSA EMITIDA POR NEUMOLOGA DE DICHA CASA DE SALUD PARA SEGUIMIENTO. AL MOMENTO ASINTOMATICA, ACTIVAS , REACTIVA, COLABORADORA AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS NO ESPECIFICADAS	B949		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-22	08:37	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	 FIRMA Validar únicamente en Písmac. Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO

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
2026-05-22	08:37	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	