

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	GONGORA	JANETH ELIZABETH	01	09	1959	66 años, 3 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303256604	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	CANUTO CENTRO y	/ (99)-999-9999
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	1303256604	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2025	12	26
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 66 AÑOS DE EDAD ACUDE POR REFERIR DOLOR EN LA REGIÓN TORÁCICA, ESPECÍFICAMENTE A NIVEL DE LOS PULMONES, DE APROXIMADAMENTE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN. EL DOLOR ES DESCRITO COMO PUNZANTE, CONSTANTE, SIN IRRADIACIÓN A OTRAS ÁREAS DEL CUERPO. LA PACIENTE MENCIONA QUE EL DOLOR SE INTENSIFICA AL RESPIRAR PROFUNDAMENTE, Y TAMBIÉN SE ASOCIA CON TOS SECA OCASIONAL. NO REFIERE FIEBRE NI DIFICULTAD RESPIRATORIA GRAVE, PERO MENCIONA SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE AL REALIZAR ESFUERZOS. NIEGA ANTECEDENTES DE TRAUMA EN EL ÁREA TORÁCICA O INFECCIONES RESPIRATORIAS RECIENTES. SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	R074	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-26	12:51	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-12-26	12:51	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	