

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VERA	MARIANA DEL JESUS	10	02	1947	77 años, 11 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303333874	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA SAN JOSE y	098-676-2697 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1303333874	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2025	01	21
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ACUDE A CITA MEDICA DE CONTROL POR ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA CON LOSARTAN 50MG/D, OSTEOARTROSIS, REFIERE QUE CONTINUA CON TOS SECA IRRITATIVA, DE MODERADA INTENSIDAD QUE SE EXACERBA POR LAS MAÑANAS, NO REFIERE FIEBRE, TRAE LAB 13/12/2024: HB 13.9, HTCT 40.6, PLAQ 259, GLUCOSA 105, COL 256.61, HDL 70.66, LDL 155.77, TGL 150.42, CR 1.04, UROANALISIS NORMAL RX DE TORAX SE OBSERVA IMAGEN CON INFILTRADO PARAHILIAR ANGULO CONSTODIAFRAGMATICODE BASE IZQUIERDA LEVEMENTE SOMBREADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE AUSCULTAN ESTERTORES SUBCREPITANTES,MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO, RX TORAX IMAGENES DE INFILTRADO PARAHILIAR Y CALCIFICACIONES
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	J449	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-21	08:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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