

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	MACIAS	ATENAY MARIA	30	05	1943	82 años, 3 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303719932	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	098-011-7230 /
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	1303719932	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología	2025	09	11	
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

ADULTA MAYOR FRAGIL BAJO EL CUIDADO DE SU HIJO REFIERE QUE HACE APROXIAMDAMENTE 20 DIAS FUÉ INGRESADA POR AREA DE EMRGENCIA EN IESS CHONE Y POSTERIORMENTE DERIVADA A HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA POR CUADRO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,POR DERRAME PLEURAL IZQUIERDO. FUE DADA DE ALTA CON MEDICACION ORAL Y REVALORACION PARA GERIATRIA, , AL MOMENTO DE VISITA PACIENTE NO ORIENTADA EN TIEMPO, RECONOCE EL LUGAR EN EL QUE ESTÑA, TIENE PROBLEMAS DE MEMORIA A CORTO Y LARGO PLAZO SEGUN REFIERE HIJO, SE VISTE Y BAÑA SOLA, COME LO QUE LE SIRVEN, CONTROLA ESFINTERES, HA PRESENTADO CIERTA ADINAMIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFIA: TAC DE TORAX: ANEURISMA DE AORTA TORACICA, FOCOS PARCHEADOS ENVIDRIO ESMERILADO PERIBRONQUIAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	J849		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-11	12:24	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