

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORTIZ	MOREIRA	VIRGILIO AGAPITO	06	09	1955	70 años, 8 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303727612	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA CANUTO y CDLA UNIDOS VENCEREMOS	099-262-2428 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1303727612	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2026	05	06
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 ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD FISICA DEL 52% ACUDE CON SU FAMILIAR QUIEN RFIERE QUE HA PRESENTADO TOS PRODUCTIVA DESDE HACE 15 DIAS, ODINOFSGIA,NIEGA FIEBRE, NIEGA AUTOMEDICACION, REFIERE CEFALEA LEVE, SOLO SE HA APLICADO MENTOL EN EL TORAX, NO DEAMBULA, DEPENDIENTE DE USO DE SILLA DE RUEDAS. REFIERE SENSACION DE HORMIGUEO DE BRAZOS. HA REFERIDO NSOMNIO DE CONCILIACION , FAMILAIR REFIERE POSTERIOR A MUERTE DE FAMILAIR (ES POSA). DIURESIS NORMALES Y DEPOSICIONES CON DIFICULTAD. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO, INDICE TABAQUICO 27.5, RIESGO INTENSO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MURMULLO VESICULAR DIMINUIDO, ANTECEDENTE DE FUMADOR CRONICO, SE REFIERE PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA	J441		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-06	09:14	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