

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1303745598		1303745598						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		ZAMBRANO		LANDY				F	1/1/1958	67	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
997924684									MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL									6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA					CANTÓN		PARROQUIA		7. Insuficiencia de profesionales.					
MANABI					FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO		8. Inadecuada capacidad resolutive					
									9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
									X					
									X					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		NEUMOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO APP. ALERGIA CUTANEA NO ESPECIFICADA . AL MOMENTO ACUDE POR TOS DISNEA NO ESPECIFICADA REQUIERE VALORACIÓN POR NEUMO-LOGÍA . AL MOMENTO EXAMEN FÍSICO ACTUAL AFEBRIL CUELLO SIMÉTRICO NO MASAS NO ADENOPATÍAS TORAX SIMÉTRICO NO MASAS NO ADENOPATÍAS PALPABLES CAMPOS PULMONARES CLAROS VENTILADOS RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS ABDOMEN NO DOLOR DEPRESIBLE RUIDOS AUDIBLES NO VISCEROMEGALIAS EXTREMIDADES NO EDEMAS SIMETRICAS NO ADENOPATÍAS SIGNOS VITALES PRESIÓN 120/70MMHG PULSO 80x T36.7°C. SATURACIÓN 98% RESPIRACIÓN 20 GLASGOW 15/15. SE REQUIERE VALORA-CIÓN POR ESPECIALIDAD DE NEUMOLOGÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD
TEST DE ALERGIAS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. ASMA BRONQUIAL NO ESPECIFICADA	J459	X		4.	ASMA BRONQUIAL NO ESPECIFICADA	J459	X
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
13/2/2025	14:00	RÓMULO		MUÑOZ		MOREIRA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1312022369		RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA					

Firmado electrónicamente por:
ROMULO ARGENIS MUNOZ MOREIRA

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO	
CONTRAREFERENCIA ☐				REFERENCIA INVERSA ☐			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	