

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MUÑOZ            | ALAVA            | MERCEDES LEONOR | 01                  | 01  | 1958 | 67 años, 2 meses, 16 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303774952        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | CALLE FLORIDA y              | 0994237624          |
| 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                 | 1303774952      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                          |                  |                  | Fecha |     |     |
|---------------------|--------------------------|------------------|------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | CHONE                    | Consulta externa | Medicina Interna | 2025  | 03  | 17  |
| 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 67 AÑOS. APP NO REFIERE. APF CA ESTOMAGO. ALERGIAS NO REFIERE. HABITOS NO REFIERE. PACIENTE QUE COCINA EN HORNO DE LEÑA. PACIENTE QUE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 8 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR TOS SECA OCASIONAL. AL MOMENTO DE LA CONSULTA AFEBRIL. ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SE SOLICITA REFERENCIA CON MEDICINA INTERNA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : EN FISICO

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-17 | 09:16 | Medicina Rural | VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO | 1316030046 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-17 | 09:16 | Medicina Rural | VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO | 1316030046 |       |