

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   |                                  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  |                                                         | NÚMERO DE ARCHIVO |  |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|--|------------------|----------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|--|---------------------------------------------------------|-------------------|--|------|-------------------------|---|---|---|
| MSP                                   |  | 1413             | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES |                                  | II        | 1303630022                       |  |                                                         | 1303630022        |  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO |                            | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  |  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| CARRERA                               |  | MACIAS           |                            | GLADYS                           |           | MARÍA                            |  | F                                                       | 02/04/1940        |  | 84   | H                       | D | M | A |
|                                       |  |                  |                            |                                  |           |                                  |  |                                                         |                   |  |      |                         |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  |                  |                            | REFERENCIA                       |           | x                                |  | DERIVACIÓN                                              |                   |  |      |                         |   |   |   |
| 985645859                             |  |                  |                            | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  |  | MOTIVO                                                  |                   |  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                  |                            | 2. Falta de espacio físico.      |           |                                  |  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN           |                            | PARROQUIA                        |           |                                  |  | 8. Inadecuada capacidad resolutoria                     |                   |  |      |                         |   | X |   |
| Manabí                                |  | Flavio Alfaro    |                            | Flavio Alfaro                    |           |                                  |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |  |      |                         |   | X |   |
|                                       |  |                  |                            | 3. Falta de equipamiento.        |           |                                  |  |                                                         |                   |  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                  |                            | 4. Equipos en mal estado.        |           |                                  |  |                                                         |                   |  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                  |                            | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |  |                                                         |                   |  |      |                         |   |   |   |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD      | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
|-------------------------|-------------------------------|------------------|--------------|
| MSP.                    | NAPOLEÓN DAVILA CÓRDOVA CHONE | Consulta externa | NEUMOLOGÍA   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Paciente Femenina de 84 años de edad. App:HTA Hace 25 años en tratamiento Acude por emergencia por presentar cuadro caracterizado tos crónica y dificultad para respirar. Que mejora con nebulización con corticoides . Al exámen Físico Afebril cuello SP no Adenopatías. Tórax Sp simétrico Cps roncus sibilancias bilaterales . Ruidos cardiacos rítmicos Normofonéticos . Abdomen Blando no doloroso depresible no megalias no masas, no doloroso Ruidos Hidroaereos Audibles . Extremidades simetricas Sp sin deformidad o masas palpables. signos vitales Presión 144/80 pulso 85 T36.8°C Sat93% resp 21x GLASGOW 15/15. Se requiere Valoración por NEUMOLOGIA. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
|  | radiografía y Tac para valoración .  |
|  | valoración por NEUMOLOGÍA            |
|  | estudios complementarios adicionales |

|    |                                   |       |   |    |                                       |       |   |
|----|-----------------------------------|-------|---|----|---------------------------------------|-------|---|
| 1. | BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA. | J20.9 | X | 4. | BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA      | J20.9 | X |
| 2. | HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL    | I10x  | X | 5. | HIPERTENSIÓN ESENCIAL NO ESPECIFICADA | I10   | X |
| 3. | CARDIOMEGALIA                     | I517  | X | 6. | CARDIOMEGALIA                         | I517  | X |

|                                       |                 |                                  |                 |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE                    | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                             |
| 03/06/2025                            | 9:00            | Rómulo                           | Muñoz           | Moreira                                                                                                                                                                                                                                                      |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA                            |                 | SELLO                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 1312022369                            |                 | Dr Rómulo Muñoz Medicina General |                 |  <br>Firmado electrónicamente por:<br><b>ROMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA</b><br>DIRECCIÓN |

| REFERENCIA JUSTIFICADA |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SI | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  |  |  | SI | NO |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|----|--|------------------------|--|--|--|----|----|--|
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |  |                        |  |  |  |    |    |  |

11

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

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

| RECOMMENDED GENERAL TERMS |  |
|---------------------------|--|
|                           |  |
|                           |  |
|                           |  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

|    |  |  |  |    |  |  |  |
|----|--|--|--|----|--|--|--|
| 1. |  |  |  | 4. |  |  |  |
| 2. |  |  |  | 5. |  |  |  |
| 3. |  |  |  | 6. |  |  |  |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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