

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	SALDARRIAGA	CORAZON DE JESUS	20	10	1947	78 años, 8 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304445271	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	UNIDOS VENCEREMOS y	098-521-3887 / (99)-999-9999
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	1304445271	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2026	07	01
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 78 AÑOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DEL 33%, HIPERTENSION ARTERIAL EN TTO: LOSARTAN 50 MG QD, EPOC DE 13 AÑOS DE EVOLUCIÓN EN TTO CON INHALADORES BID. ACUDE A CONSULTA CON HIJA, LA CUAL NO CONOCE QUÉ LA CUAL REFIERE QUE SU MADRE ESTUVO HOSPITALIZADA EL SABADO 20/06/2026 POR 48 HORAS DE EVOLUCION POR CUADRO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. REFIERE QUE SOLICITARON REFERENCIA PARA MANEJO Y SEGUIMIENTO.. PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. ACTIVA, REACTIVA, COLARADORA AL INTERROGATORIO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL POST HOSPITALIZACION Y SEGUIMIENTO
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS ESPECIFICADAS	J448		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-01	12:16	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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 clínico

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
2026-07-01	12:16	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	