

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres            | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| RODRIGUEZ        | PINO             | EDILMA AUXILIADORA | 22                  | 10  | 1961 | 63 años, 4 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        | 1304466632        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | SALUSTIO GILER y             | 093-961-1453 / (05)-269-9422 |
| 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                 | 1304466632      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neumología   |  | 2025  | 03  | 10  |
| 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 ☐

NODULO  
PULMONAR ??

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DM2 INSULINOREQUIRIENTE DE 30 UI AM DE NPH Y 2 UI DE IR, PREALMUERZO 10 UI DE NPH Y 1 UI DE IR, MERIENDA 10 UI DE NPH Y 2 UI DE IR PREVIO MERIENDA, SE REALIZA GLICEMIA POSTPRANDIAL CON 305 MG/DL, SIMLAR EN CONTROL EN ANTERIOR CONSULTA POR LO QUE SE AUMENTA DOSIS DE NPH EN LA MERIENDA A 12 UI. PACIENTE CON TOS ES PORÁDICA SE ENVIA RX DE TÒRAX SE OBSERVA EDEMA PARA HILIAR DE PREDOMINO DERECHO, LLAMA LA ATENCIÓN NÓDULO EN BASE PULMONAR DERECHA LABORATORIO INFORMA: GLUCOSA EN AYUNA 148 TRIGLICÉRIDOS 133 AC URICO 5.40 UREA CREATININA 0.75 TGO 25 TGP32 PCR 4 TSH3.36 FT4 0.84, 0987314936. SE ENVIA PARA NEUMOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HALLAZGOS ANORMALES EN DIAGNOSTICO POR IMAGEN DEL PULMON | R91X   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-03-10 | 09:45 | Medicina Familiar Y Comunitaria | IRVING ISRAEL BUITRON NIETO | 1009-14-1292330 |       |

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-03-10 | 09:45 | Medicina Familiar Y Comunitaria | IRVING ISRAEL BUITRON NIETO | 1009-14-1292330 |       |