

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VERA             | ACOSTA           | YANES NAVIGIO | 15                  | 04  | 1967 | 58 años, 9 meses, 27 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304496852        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CHONE y                      | 098-775-7863 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia   | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1304496852      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neumología   |  | 2026  | 02  | 11  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                          |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada           | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | NODULO PULMONAR SOLITARIO EN SEGUIMIENTO |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 58 AÑOS, ANTECEDENTES CLÍNICOS: HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG, CIRUGÍAS: AMIGDALECTOMIA, PERITONITIS AGUDA, ALERGIA A MEDICAMENTOS: NO DUKE ACTIVITY STATUS INDEX (DASI): METS: > 4 TIPO DE CIRUGÍA: ELECTIVA CIRUGÍA PLANIFICADA: COLECISTECTOMIA ASINTOMÁTICA CARDIOPULMONAR. PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGÍA POR NÓDULO PULMONAR SOLITARIO. 0999858030

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NODULO PULMONAR SOLITARIO EN SEGUIMIENTO

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2026-02-11 | 08:39 | 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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2026-02-11 | 08:39 | Medicina Familiar Y Comunitaria | IRVING ISRAEL BUITRON NIETO | 1009-14-1292330 |       |