

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MOREIRA	DELIA MARIANA	10	02	1966	60 años, 4 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304529421	MANABI	CHONE	CONVENTO	PRIMERA ENTRADA y SD	098-802-9695 /
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	1304529421	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2026	06	16
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

SE REALIZA ATENCION MEDICA A PACIENTE DE 60 AÑOS CON ANTECEDENTE PERSONAL PATOLÓGICO DE DIABETES MELLITUS + ASMA ACUDE A CONTROL MÉDICO POR CUADRO DE BRONQUITIS CRÓNICA DE EVOLUCIÓN PROLONGADA. REFIERE TOS CRÓNICA CON EXPECTORACIÓN INTERMITENTE Y DISNEA A MEDIANOS ESFUERZOS, LIMITANDO SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. NIEGA FIEBRE O SÍNTOMAS AGUDOS DE INFECCIÓN AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO Y PRESENCIA DE RONCUS DISPERSOS BILATERALES. SATURACIÓN DE OXÍGENO DENTRO DE PARÁMETROS ACEPTABLES EN REPOSO. RESTO DEL EXAMEN SIN HALLAZGOS RELEVANTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SOLICITAR VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR NEUMOLOGÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO, EVALUACIÓN DE FUNCIÓN PULMONAR Y AJUSTE TERAPÉUTICO SEGÚN HALLAZGOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	J42X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	22:03	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-06-16	22:03	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

