

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BRAVO            | LOOR             | DIDIO ANTONIO | 13                  | 12  | 1966 | 58 años, 3 meses, 18 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304629213        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | CALLE MANABI y CALLE MANABI  | 099-245-3147 /      |
| 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                 | 1304629213      | FLAVIO ALFARO            | CENTRO DE SALUD TIPO B |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Neumología   | 2025  | 03  | 31  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON APP DE DM TIPO 2 , INSUFUCIENCIA CARDIACA LLEVA TTO CON DAPAGLIFOZINA 10 MG VO QD + LINAGLIPTINA 5 MG VO QD; SUBCUBUTRIL/VALSARTÁN 50 MEDIA TAB BID ESPERONOLACTONA 25 MG DIARIO, CLOPIDOGREL 75 MG QD , AL MOMENTO AFEBRIL, LIGERA FALTA DE APETITO, ORIBA OSCURO ,DISURIA, NICTURIA, PRESENTA ESTREÑIMIENTO , PRESENTA TOS NO PRODUCTIVA, AL EXÁMEN FÍSICO SE EVIDENCIA MUCOSAS PÁLIDAS Y LEVE ICTERICIA EN ESCLERAS , REFIERE DISNEA DE MINIMO ESFUERZO, ASTENIA. PACIENTE REFIERE HABER ESTADO IGRESADO EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA EN CHONE 7 DÍAS POR CUADRO DE NEUMONÍA BACTERIANA, DONDE NEUMÓLOGO INDICA NECESIDAD DE HOJA DE REFERENCIA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE CASO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GLUCOSA CAPILAR: 204 TA: 93/66

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                          | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------|--------|-----|-----|
| NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA | J159   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-03-31 | 13:19 | Medicina Rural | RAMIRO PAUL CAMACHO LOZANO | 1316938123 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-03-31 | 13:19 | Medicina Rural | RAMIRO PAUL CAMACHO LOZANO | 1316938123 |       |

