

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	CARRASCO	FRANCISCA ALICIA	03	10	1938	86 años, 0 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304730920	MANABI	CHONE	RICAURTE	FLAVIO ALFARO y FLAVIO ALFARO	096-793-1658 /
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	1304730920	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2024	10	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 85 AÑOS DE EDAD, APP: ENFERMEDAD RENAL CRONICA (NO DEFINITIVO), ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC), HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG + CLORTALIDONA 25MG QD. SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA HACE 1 AÑO, POR PERSISTENCIA DE DISNEA MMRC3, UTILIZÓ ANTIMUSCARINICO DE ACCION PROLONGADA (ENVIADO POR NEUMOLOGIA). ANTECEDENTE DE EXPOSICION A BIOMASAS DE LARGA DATA. AL MOMENTO NO LO REFIERE COMO MEDICACION HABITUAL. ACUDE POR PRESENTA DISNEA MMRC 3, ADEMAS DE DOLOR ARTICULAR DE RODILLA DE MANERA BILATERAL. AL EXAMEN FISICO: LUCIDA, COLABORADORA, ORIENTADA. CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAÑADIDOS. CORAZON: RITMICO, NORMOMFONETICO SIN SOPLOS AUDIBLES. MIEMBROS INFERIORES: LLENADO CAPILAR CONSERVADO, NO SE EVIDENCIA EDEMAS. PACINETE PRESENTA SINDORME DE FRAGILIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	J449		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-07	10:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2024-10-07	10:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

