

# A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |  |                  |                          |               |                        |                                                                                                                                                                          |                  |                   |                         |
|---------------------------------------|--|------------------|--------------------------|---------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |               | TIPOLOGÍA              | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA                                                                                                                                         |                  | NÚMERO DE ARCHIVO |                         |
| IESS                                  |  | 3083             | DISPENSARIO BEJUCO HACHA |               | Centro de Salud Tipo A | 1304906215                                                                                                                                                               |                  | 867               |                         |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE         | SEXO                                                                                                                                                                     | FECHA NACIMIENTO | EDAD              | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| PITA                                  |  | MERA             |                          | FRANCISCA     | DEL ROSARIO            | F                                                                                                                                                                        | 1953-10-04       | 71                | H D M A                 |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  |                  |                          | REFERENCIA    | DERIVACIÓN             |                                                                                                                                                                          |                  |                   |                         |
|                                       |  |                  |                          | X             |                        |                                                                                                                                                                          |                  |                   |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                  |                          | MOTIVO        |                        |                                                                                                                                                                          |                  |                   |                         |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN           |                          | PARROQUIA     |                        | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.                |                  |                   |                         |
| MANABI                                |  | CHONE            |                          | SANTA RITA    |                        | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutiva.<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. |                  |                   |                         |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                                           |                          |                  |              |
|-------------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                   | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL | HOSPITAL DEL IESS        | CONSULTA EXTERNA | NEUMOLOGÍA   |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE ADULTA MAYOR FEMENINA DE 71 AÑOS QUE ACUDE POR PRESENTAR TOS IRRITATIVA CON ESPECTORACIÓN AMARILLA VERDOSA DE VARIAS SEMANAS REFIERE HABER ESTADO HOSPITALIZADA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA POR PROCESO RESPIRATORIO AL MOMENTO PRESENTA DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS, SIBILANCIAS EN CAMPO PULMONAR DERECHO SE SOLICITA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO POR SERVICIO DE ESPECIALIDAD

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SEGURO SOCIAL CAMPESTINO  
DISPENSARIO  
BEJUCO HACHA  
UNICÓDIGO: 3083

| E. DIAGNÓSTICO |                                                         | CE   | PRE | DEF |  | CE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------------------------------|------|-----|-----|--|----|-----|-----|
| 1.             | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA NO ESPECIFICADA | J449 |     | X   |  |    |     |     |
| 2.             | NEUMONÍA NO ESPECIFICADA                                | J189 | X   |     |  |    |     |     |
| 3.             |                                                         |      |     | X   |  |    |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |                                                                                    |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                      | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 12 de agosto de 2025                  | 9:30         | KAREN                                                                              | CABRERA         | PONCE            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA                                                                              |                 |                  |
| 1312863721                            |              |  |                 |                  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |    |                        |    |    |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |
|                        |    |    |                        |    |    |

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |                          |          |                    |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

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

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

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

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

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

## F. DIAGNÓSTICO

| PRE-PRESENTIVO |  | DEF. (DEFINITIVO) | CE | PRE | DEF |  | CE | PRE | DEF |
|----------------|--|-------------------|----|-----|-----|--|----|-----|-----|
| 1.             |  |                   |    |     |     |  |    |     |     |
| 2.             |  |                   |    |     |     |  |    |     |     |
| 3.             |  |                   |    |     |     |  |    |     |     |

## G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

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

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |                 | SELLO            |
|                                       |              |               |                 |                  |