

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OSTAIZA	CEDEÑO	DOLORES ISABEL	01	05	1953	72 años, 8 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305568865	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN TARQUI y	099-915-6867 / (99)-999-9999
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	1305568865	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	BAHIA		Consulta externa	Neumología	2026	01	28
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

PACIENTE FEMENINA DE 72 AÑOS SE REALIZA CONTROL MEDICO CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, BRONQUIECTASIAS Y CARDIOPATIA ISQUEMICA CON COLOCACIÓN DE DOS STEND CORONARIOS, PATOLOGIAS CRONICAS EN TRATAMIENTO CON ESPECIALIDAD. ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL MEDICO GENERAL. PACIENTE QUE SE HA ENCONTRADO EN SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BAHIA SOLICITA REFERENCIA PARA CONTINUAR CONTROL DE SU ENFERMEDAD CRONICA DEBIDO A QUE FUE SOLICITADA POR EL NEUMOLOGO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS ACTUALIZADOS AL MOMENTO DE LA CONSULTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BRONQUIECTASIA	J47X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-28	11:38	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA Firmado electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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 clínico

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
2026-01-28	11:38	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	