

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	CEDEÑO	MANUEL FORTUNATO	10	06	1966	58 años, 10 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305765644	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TABLADA DE SANCHEZ y	098-769-4968 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1305765644	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2025	05	05
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 MASCULINO DE 58 AÑOS, TRABAJADOR AGRÍCOLA QUE OPERA MÁQUINA A MOTOR PARA CORTAR MALEZA (EXPULSORA DE HUMO) DESDE HACE 5 AÑOS. REFIERE DOLOR PERSISTENTE EN EL PULMÓN DERECHO AL RESPIRAR, ASOCIADO A DISNEA Y EPISODIOS DE VERTIGO. LOS SÍNTOMAS HAN SIDO PROGRESIVOS EN INTENSIDAD. NIEGA FIEBRE, EXPECTORACIÓN PURULENTO O HEMOPTISIS. A LA AUSCULTACIÓN PULMONAR SE OBSERVA DISMINUCIÓN DEL MURMULLO VESICULAR EN EL PULMÓN DERECHO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RADIOGRAFÍA DE TÓRAX MUESTRA RADIOLUCIDEZ EN EL LÓBULO SUPERIOR Y MEDIO DEL PULMÓN DERECHO, ASÍ COMO EN EL LÓBULO SUPERIOR DEL PULMÓN IZQUIERDO. NO SE VISUALIZAN ADECUADAMENTE LAS COSTILLAS IPSILATERALES DEBIDO AL PATRON RADIOLUCIDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	J439	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-05-05	09:57	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2025-05-05	09:57	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	