

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
M.S.P.			H.B.S.D.			1305923847	1305923847
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Vena		Vilez		Ulrich	Annelio		11/10/1956
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0987 325152				☒	☐	H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica			
Manabí	F. Alfaro	F. Alfaro		2. Falta de espacio físico.			
				3. Falta de equipamiento.			
				4. Equipos en mal estado.			
				5. Problemas de infraestructura.			
				6. Problemas de abastecimiento.			
				7. Insuficiencia de profesionales.			
				8. Inadecuada capacidad resolutoria.			
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		Consultas Externas	Neumología

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino, 56 años de edad el cual padece con dificultad respiratoria, debida a pequeños esfuerzos acompañados de molestias generales, disminuyendo gradualmente de 15 días de evolución actual de APP: Covid 19

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Taxos: 17.5 x10³ Glucosa: 120.65
 Neutros: 83.8%
 HGB: 43.9 g/dl
 HCT: 42.1%
 Rx Standard de Tórax: Infiltrados en ambos campos pulmonares

DIAGNÓSTICO

PAS- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
Neumonía no especificada J180	☒						
Enfermedad pulmonar obstructiva J40	☒						
Asma							

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/08/		Lisbeth	Dominquez	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313404914	<i>Lisbeth Dominquez Zambrano</i>			

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

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

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

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

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO

PAS- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

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

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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

