

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MERO	EDITA DEL ROSARIO	10	07	1966	59 años, 6 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306028489	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO COLORADO DE MOSQUITO y	098-667-9232 / (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	1306028489	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2026	01	26
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 59 AÑOS CON APP HTA, RINITIS CRONICA, HIPERTIROIDISMO. APQ CATETERISMO HACE 11 MESES POR PUENTE DESCENDENTE ANTERIOR. ACUDE A CONSULTA CON REFERENCIA INVERSA DE SERVICIO DE CARDIOLOGIA CON DIAGNOSTICO DE BRONQUITIS CRONICA, EN EL CUAL SE SOLICITA PROXIMO CONTROL POR NEUMOLOGIA. PACIENTE CON CUADROS CLINICOS A REPETICION DE BRONQUITIS, REFIERE DOLOR EN TORAX QUE SE IRRADIA A HIPOCONDRIO DERECHO, EN RX DE TORAX DE EVIDENCIA ENGROSAMIENTO DE CISURA MAYOR. GEN EXPERT NEGATIVO. SE REALIZA REFERENCIA A NEUMOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	J410		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-26	11:06	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-01-26	11:06	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	