

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	MURILLO	ANGELA MERCEDES	17	08	1943	81 años, 11 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306043868	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	COLORADO y	099-999-9999 / (99)-999-9999
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	1306043868	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2025	08	14
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 CON APP: HTA EN TTO CON VALSARTAN 80MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12,5MG, REFIERE DESCENSO DE VEJIGA. PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR EPISODIOS DE TOS CON FLEMA NOCTURNA ASOCIADOS A DISNEA ME MEDIADOS ESFUERZOS DE MAS DE 1 MES DE EVOLUCION, NIEGA FIEBRE DURANTE ESE PERIODO. LA PACIENTE REFIERE QUE LOS SÍNTOMAS SE PRESENTAN PRINCIPALMENTE CUANDO SE ENCUENTRA EN DECÚBITO DORSAL, LO QUE LA OBLIGA A SENTARSE PARA MEJORAR LA DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE INTENTA TOMAR PRUEBAS DE ESPUTO PERO PACIENTE NO LOGRA LLENAR CANTIDAD NECESARIA PARA SER ENVIADA A CHONE, HIJA SOLICITA NO TOMAR PRUEBA DE ESPUTO, POR LO QUE SOLICITA REFERENCIA CON NEUMOLOGIA PARA MEJOR VALORACION DE LA PACIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	J22X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-14	13:26	Medicina Rural	DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO	1310838980	

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
2025-08-14	13:26	Medicina Rural	DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO	1310838980	

