A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1306224211	1306224211

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
CHAVARRIA	ALCIVAR	AURORA	EVANGELISTA	F	9/8/1946	79				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)
986350412

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	CHONE	CHONE

REFERENCIA X DERIVACIÓN

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.	
2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.	X
3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva	X
4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	X
5. Problemas de infraestructura.			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	GERIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 79 AÑOS DE EDAD CON APP DE OSTEOPOROSIS Y ARTROSIS - FIBROSIS PULMONAR – BURSITIS
PACIENTE QUE ESTUVO INGRESADA EN HOSPITAL, AL MOMENTO CON MEJORIA CLINICA RESPIRATORIA, DISMINUCION DE PCO2,
CON OOXEMIAS >90 CON BAJO FLUJO ACORDE A PATOLOGIA DE PACIENTE, SIN SIGNOS DE
SIRS, SE INDICA EL ALTA POR ESPECIALIDAD, SEGUIMIENTO POR CONSULTA EXTERNA
SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 6 HORAS POR 5 DIAS Y LUEGO POR RAZONES NECESARIAS - FLUTICASONA 1 PUFF CADA 12 HORAS POR 1 MES

- CODEINA 10ML CADA 8 HORAS POR 5 DIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES: ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESP	J849		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/04/2026	9:43	GEORGE	CUSME	MENENDEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1312195694	GEORGE C	Firmado electrónicamente por: GEORGE GABRIEL CUSME MENENDEZ Validar únicamente con FirmaEC

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO	

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

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

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO