

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1306592211	1306592211			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
MOREIRA	ZAMBRANO	MAYRA		BERNABITA	M	01/10/1970	55	H	D
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
0- 99 424 9188		x				6. Problemas de abastecimiento.			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.				7. Insuficiencia de profesionales.			
PROVINCIA	CANTÓN	3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive			
MANABI	FLAVIO ALFARO	4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
PARROQUIA		5. Problemas de infraestructura.				X			
FLAVIO ALFARO						X			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CHONE	CONSULTA EXTERNA	NEUMOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD. APP NO REFIERE DE IMPORTANCIA . ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO TOS PRODUCTIVA RŦNCUS Y SIBILANCIAS AUDIBLES AL RESPIRAR. MOTIVO POR CUÁL CONSULTA. AL EXÁMEN FÍSICO . CUELLO S/P . CSPS RŦNCUS Y SIBILANCIAS BILATERALES. RSCS RITMICOS NORMOFONETICOS, ABDOMEN DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SIN PATOLOGÍA APARENTE . SIGNOS VITALES P/A 110/80, SAT98%, T36°, RESP18 , FC76, GLASGOW 15/15.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR NEUMOLOGÍA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. BRONQUITIS NO ESPECIFICADA	J20.9	X		4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
07/11/2025	12:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312022369	Dr RÓMULO MUÑOZ MOREIRA			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

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	