

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	CIELO CANDELARIA	04	03	1970	54 años, 11 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306891357	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SANTA MARTHA y RIO VISTA	098-008-8024 /
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	1306891357	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2025	02	28
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 DE 54 AÑOS DE EDAD PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE NEUMONIA BACTERIANA, SE ENCONTRÓ HOSPITALIZADA EEL 12/02/2025 Y EGRESO EL 18/02/2025 EN EL HOPITAL NAPOLEON DAVILA CORDAVA, ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. NEUMOLOGA REFIERE QUE PACIENTE REQUIERE SEGUIMIENTO CON ESPECIALIDAD POR LO QUE ACUDE PARA REFERENCIA MEDICA Y CONTINUAR CON TRATAMIENTO OPORTUNO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA, PACIENTE CONOCIDA POR EL SERVICIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	J159		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-28	15:00	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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