

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRIONES	VELASQUEZ	WILIAN HERNAN	28	09	1971	54 años, 6 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307130086	MANABI	JUNIN	JUNIN	SN y	099-911-5881 /
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	1307130086	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología	2026	04	01
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 masculino de 54 años de edad, con app de secuela de TB, HTPulmonar, Cardiomegalia, HTA y EPOC. Acude a consulta de control subsecuente, menciona que solciita referencia de seguimiento a neumologia, en estos momentos menciona que no presenta disnea, no dolor toracico. Comenta cuadro grupal de 8 dias de evolucion dado por tos seca y prurito faringeo

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Espirometria 26/1/2025: rel 0.88 fvc: 2.29 60% Fev 1: 1.56 51% sin cambios en el Postb2. obstruccion leve- mas restriccion moderada sin cambios en el Postb2. paciente con Fvc 60% con riesgo moderado para interv quirurgica x secuela pulmonar. Tac: 09/25 bulla en vertice - perdida de volumen del pulmon izquierdo con retraccion del mediastino- banda fibrociatrizales.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE TUBERCULOSIS RESPIRATORIA Y DE TUBERCULOSIS NO ESPECIFICADA	B909		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-01	09:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	RONALD ALFREDO LOOR QUIROZ	1312184177	

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
2026-04-01	09:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	RONALD ALFREDO LOOR QUIROZ	1312184177	