

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |                            |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               |                   |            |                         |  |  |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------|------------|-------------------------|--|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA<br>HSP                              | UNICÓDIGO<br>2212          | ESTABLECIMIENTO DE SALUD<br>UCSD | TIPOLOGÍA<br>II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA<br>130163440 | NÚMERO DE ARCHIVO |            |                         |  |  |
| PRIMER APELLIDO<br>Zúñiga                                   | SEGUNDO APELLIDO<br>Zúñiga | PRIMER NOMBRE<br>Marta           | SEGUNDO NOMBRE<br>Javier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SEXO                                          | FECHA NACIMIENTO  | EDAD<br>50 | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)<br>0990787687         |                            |                                  | REFERENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DERIVACIÓN                                    |                   |            |                         |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                            |                                  | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                               |                   |            |                         |  |  |
| PROVINCIA<br>Isidoro                                        | CANTÓN<br>SbD              | PARRISQUERA<br>J. Caban          | <input type="checkbox"/> 1. Accesibilidad geográfica.<br><input type="checkbox"/> 2. Falta de espacio físico.<br><input type="checkbox"/> 3. Falta de equipamiento.<br><input type="checkbox"/> 4. Equipos en mal estado.<br><input type="checkbox"/> 5. Problemas de infraestructura.<br><input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento.<br><input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Inadecuada capacidad resolutoria.<br><input checked="" type="checkbox"/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. |                                               |                   |            |                         |  |  |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                          |                    |                             |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------|-----------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA<br>HSP                          | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO<br>Gastro | ESPECIALIDAD<br>Pneumología |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>paciente con antecedentes pulmonares (2021 FES33 AnticCP &gt; 300)<br/>         con antecedentes tabaquismo y alcoholismo, y agudización / descompensación<br/>         de la unidad) manifestando síntomas respiratorios.</p> |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |
|                                                                   |
|                                                                   |

| E. DIAGNÓSTICO                                  | PRE- PRESUNTIVO<br>DEF- DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Síntomas respiratorios por agudización 2019. |                                    |     |     | 4.  |     |     |     |
| 2.                                              |                                    |     |     | 5.  |     |     |     |
| 3.                                              |                                    |     |     | 6.  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE                |                     |                            |                          |
|-----------------------------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)<br>13/11/24                   | HORA<br>(hh:mm)<br> | PRIMER NOMBRE<br>          | PRIMER APELLIDO<br>Velas |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>1715321129 | FIRMA<br>           | SEGUNDO APELLIDO<br>Zúñiga |                          |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |                          |                    |                          |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      | SI                       | NO                 |                          |
| CONTRAREFERENCIA                            | <input type="checkbox"/> | REFERENCIA INVERSA | <input type="checkbox"/> |

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |           |                          |           |                                  |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA | 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |