

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
UTRERA	ESMERALDAS	FILERMA AUXILIADORA	01	05	1946	80 años, 0 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307349454	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SANTIAGO VERA y	099-354-9599 /
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	1307349454	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna	2026	05	18
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 clinico

AM FEMENINA DE 80 AÑOS , CON APP DE HTA, LLEVA TRATAMIOENTO CON LOSARTAN 50MG QD... AHORA ACUDE REFIRIENDO CEFALEAS OCACIONES E INSOMNIO.. AL EX. FISICO,. MUCOSAS HIPO-CROMICAS AR: MV RUDO CON RUIDOS TRASMITIDOS... ACV: Rs BIEN GOLPEADOS HIPERFONETICOS, TAQUICARDICOS ... MI SIN EDEMA... EN Rx DE TORAX: SE OBSERVA INFILTRADO DE PARENQUIMA BIILATERAL PARA HILIAR... CON ACENTUACIÓN E IRREGULARIDAD DEL INTERTICIO PULMONAR BILATERAL, CYADO AORTICO PROMINENTE Y POR LA TOS CRONNICA SE I/C.- CON NEUMOLOGIA... HB: 10GR/DL.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOS CRONICA DE VARIOS MESES , EMACIADA O DELGADEZ SEVERA, CEFALEAS PERSISTENTE, HTA TAQUICARDIA Y ANEMIA MODERADA...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	J42X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-18	15:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-05-18	15:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

