

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LINO	BELLA MARIA	14	04	1979	47 años, 0 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308276870	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PICHINCHA y 1 DEMAYO	096-379-7974 /
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	1308276870	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2026	05	12
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 ACUDE A CONSULTA INDICA QUE VIENE PRESENTANDO SENSACION DE AHOGO (DISNEA) DE MAS O MENOS UNA SEMANA DE EVOLUCION LA CUAL EMPEZO DE FORMA NOCTURNA AL DORMIR QUE LA DESPERTO ABRUPTAMENTE, ASI MISMO AL INGERIR CIERTOS ALIMENTOS. NO SE OBSERVA ALTERACION DE SATURACION DE OXIGENO, COMENTA APP DE COVID 19 POR 3 OCASIONES. PERO HA VENIDO NOTANDO QUE AL CAMINAR SE PRESENTA LA DISNEA E INCLUSO SE MAREA PERO NO LLEGA A PERDIDA DE CONOCIMEINTO.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RADIOGRAFIA DE PULMONES SE OBSERVA UN PATRON RESTRIPTIVO CON PRESENCIA DE PATRON RETICULAR. RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES SE OBSERVA LEVE VELAMIENTO DE SENOS FRONTALES CON AUMENTO DE TAMÑO DE LADO DEERECHO EN RELACION CON IZQUIERDO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	J841	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-12	10:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	 Validar únicamente en Firmado Electrónico Firmado electrónicamente por: MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ

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
2026-05-12	10:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

