

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ROMERO	LIGIA GEORGINA	12	05	1975	49 años, 7 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308292026	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LA PAPAYA y LA PAPAYA	096-763-5950 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1308292026	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología	2024	12	27
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

S: PACIENTE DE 49 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA AA NO REFIERE, ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR CLINICA DE DOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADA POR DIFICULTAD RESPIRATORIA, DISNEA, TAQUIPNEA, SENSACION ADEMAS DE OPRESION EN PECHO. PACIENTE REFIERE SER FUMADORA PASIVA (REPOSO FUMADOR) ADEMAS DE COCINAR EN HORNO DE LEÑA DESDE SU JUVENTUD HASTA LA ACTUALIDAD. PACIENTE REFIERE HABER PRESENTADO EXACERBACIONES DEL CUADRO CASI DIARIAS AL MOMENTO CON SALBUTAMOL 3 PUFF DIARIOS, AL EXAMEN FISICO NO SE AUSCULTAN RUIDOS PULMONARES PATOLOGICOS. INTERCONSULTADO YA CON MEDICO FAMILAIR, SE SUGIERE REFERENCIA CON NEUMOLOGIA PARA REALIZACION DE ESPIROMETRIA Y EXAMENES ESPECIALIZADOS CORRESPONDIENTES BAJO LA SOSPECHA DE ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRONICA A DESCARTAR VS ASMA EN EL ADULTO. SE SUGIERE REALIZACION DE ELECTROCARDIOGRAMA Y MAPA (PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE HIPERTENSION SIN EMBARGO CON PA ALTA AL MOMENTO DE LA CONSULTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	J449	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-27	14:47	Medicina Rural	KEYLA NATHALY PINCAY PONCE	1316824810	

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
2024-12-27	14:47	Medicina Rural	KEYLA NATHALY PINCAY PONCE	1316824810	

