

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	VELEZ	ENNA SUZANA	02	05	1956	70 años, 0 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308457447	MANABI	CHONE	RICAU RTE	PAVON y	099-842-8510 /
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	1308457447	PAVON	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2026	05	14
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 DE 70 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN, EPISODIOS DEPRESIVOS EN SEGUIMIENTO CON PSIQUIATRIA, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL DE BRONQUIECTASIA EN SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA NEUMOLOGIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOBA, PACIENTE ACUDE CON RESULTADOS DE ESPIROMETRIA PREVIAMENTE SOLICITADA POR ESPECIALISTA. AL MOMENTO PACIENTE REFIERE LEVE SINTOMATOLOGIA EN TRATAMIENTO ACTUAL CON SALBULTAMOL/FLUTICASINA CADA 12 HORAS, MOMATE SPRAY CADA 12 HORAS. PACIENTE AL INTERROGATORIO COLABORADORA, ACTIVA , AFEBRIL ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL SUBSECUENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BRONQUIECTASIA	J47X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-14	08:11	Medicina Rural	JOSE DAVID RIVERA LINO	1313828921	

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
2026-05-14	08:11	Medicina Rural	JOSE DAVID RIVERA LINO	1313828921	