

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CASTRO           | CHAVEZ           | KATTY EUGENIA | 31                  | 08  | 1975 | 49 años, 10 meses, 27 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308664000        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | SN y                         | 099-000-0000 /      |
| 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                 | 1308664000      | NAUSE                    | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neurología   |  | 2025  | 07  | 28  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 49 AÑOS CON APP: HTA EN TTO CON LOSARTAN 50MG, ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA + NADULO PULMONAR, LUMBAGO CON CIATICA EN CONTROL. APQX: ARTROSCOPIA BILATERAL DE RODILLAS HACE 9 MESES POR GONARTROSIS Y CONDOMALACIA ROTULIANA. HISTERECTOMIA TOTAL HACE 3 AÑOS POR C541 EN CONTROL POR SOLCA, ACUDE CON RESULTADOS DE VIDEOBRONCOSCOPIA REALIZADA 19/06/2025 CON DX DE SECRECIONES BRONQUIALES CLARAS BILATERALES E HIPERACTIVIDAD BRONQUIAL, ADEMAS DE CITOLOGIA DE NODULO PULMONAR EN HEMITORAX DERECHO REALIZADA 10/07/2025 CON RESULTADOS: EPITELIO RESPIRATORIO CON INFLAMACION CRONICA Y METAPLASIA ESCAMOSA MAS CULTIVO POSITIVO A ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HERNIAS DISCALES/ LUMBAGO CON CIATICA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                            | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS DEGENERACIONES DE DISCO CERVICAL | M503   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-28 | 10:44 | Medicina Rural | EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO | 1316282464 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-28 | 10:44 | Medicina Rural | EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO | 1316282464 |       |

