

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | BRAVO            | MANUELA DE JESUS | 07                  | 11  | 1948 | 77 años, 6 meses, 19 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308774874        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | 14 DE AGOSTO y               | 099-986-3521 / (05)-236-0643 |
| 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                 | 1308774874      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neumología   |  | 2026  | 05  | 26  |
| 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 FEMENINA DE 77 AÑOS DE EDAD CON APP: HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN DE 50 MG Y AMLODIPINO DE 5 MG, APQ: COLECTOMIA PARCIAL, APF: PADRES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS, PACIENTE ACUDE POR REFERIR TOS SECA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 2 SEMANAS, QUE EN OCASIONES PRODUCE DISNEA, ACOMPAÑADO DE DOLOR A NIVEL CERVICAL, NIEGA FIEBRE, PÉRDIDA DE PESO, SUDORACIÓN NOCTURNA, PACIENTE REFIERE ESTUVO EN TRATAMIENTO CON NEUMOLOGIA HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO PERO NO COMPLETÓ TRATAMIENTO, A LA AUSCULTACIÓN LEVES CRÉPITOS EN BASES PULMONARES, PACIENTE ACUDE PARA SOLICITAR REFERENCIA PARA CONTINUAR TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON TOS QUE EN OCASIONES PRODUCE DISNEA, EN TRATAMIENTO CON NEUMOLOGIA ANTERIORMENTE POR MISMA SINTOMATOLOGIA QUE NO SE PUDO COMPLETAR

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-05-26 | 11:20 | Medicina Rural | ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES | 1313700039 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-05-26 | 11:20 | Medicina Rural | ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES | 1313700039 |       |

