

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMUEDES	ZAMORA	ERICA ARTEMIS	24	06	1977	48 años, 11 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308908753	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIA SANTO DOMINGO y SN	099-972-1264 /
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	1308908753	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2026	06	16
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 48 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR TOS SECA PERSISTENTE DE PREDOMINIO NOCTURNO, ACOMPAÑADA DE DISNEA A PEQUEÑOS ESFUERZOS, PRINCIPALMENTE AL CAMINAR DISTANCIAS CORTAS O SUBIR ESCALERAS. REFIERE SENSACIÓN DE CANSANCIO Y FATIGA PROGRESIVA DURANTE SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. COMO ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA, MENCIONA EXPOSICIÓN CRÓNICA AL HUMO DE BIOMASA, DEBIDO A QUE COCINA EN HORNO DE LEÑA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 7 AÑOS. NIEGA FIEBRE, HEMOPTISIS O DOLOR TORÁCICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	11:37	Medicina Rural	JAHAIIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

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 clínico

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
2026-06-16	11:37	Medicina Rural	JAHAIIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	