

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	
cedeño		lopez		eligia alvina			9	4	1937	87	f
							DIA	MES	AÑO	D-M-A	H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			DIRECCION DOMICILIO			Nº TELEFONICO		
ECUATORIANA	ECUADOR	1308908787	MANABI	CHONE	chone	unidos venceremos			0993807443		
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDIARIA			CONVENCIONAL/CELULAR		

II. REFERENCIA:1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD			TIPO	DISTRITO/AREA		
msp		centro de salud chone			c	13D07		
REFIERE O DERIVA A:						FECHA		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	neumologia			19	9	2024
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD			DIA	MES	AÑO

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

Limitada capacidad resolutiva	1	☒	Saturación de capacidad instalada	4	☐
Ausencia temporal del profesional	2	☐	Otros/ Especifique	5	☐
Falta de profesional	3	☐			

3. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 87 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA, ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DISNEA, DOLOR COSTAL IZQUIERDO HACE UNA SEMANA, CAIDA HACE UN MES. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL. TRAE UNA TOMOGRAFIA DE TORAX SIMPLE, DONDE SE REPORTA BANDAS DE ATELECTASIAS SUBSEGMENTARIAS EN SEGMENTOS BASALES. LIPOMA PLEURAL IZQUIERDO. FRACTURA DE 5TO ARCO COSTAL IZQUIERDO. ATEROMATOSIS DE CAYADO AORTICO. CAMBIOS TOMOGRAFIA: BANDAS DE ATELECTASIAS SUBSEGMENTARIAS EN SEGMENTOS BASALES, LIPOMA PLEURAL IZQUIERDO, FRACTURA DE 5TO ARCO COSTAL IZQUIERDO,ATEROMATOSIS DE CAYADO AORTICO, CAMBIOS DEGENERATIVOS EN COLUMNA TORACICA.

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

5. DIAGNOSTICO		CIE -10	PRE	DEF
1	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	i841		
2	#N/A			
3	#N/A			

NOMBRE DEL PROFESIONAL: dr juan pablo macias fernandez CÓDIGO MSP 1309502043 FIRMA

III CONTRAREFERNCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA 4 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD			TIPO	DISTRITO/AREA		
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:						FECHA		
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD		DIA	MES	AÑO	

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNOSTICO		CIE -10	PRE	DEF
1				
2				

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA: CODIGO MSP FIRMA

7. REFERENCIA JUSTIFICADA	
---------------------------	--

TIPO DE SEGURO	EJEMPLO: CAMPESINO, NINGUNO, VOLUNTARIO, ISFA
DEPENDIENTE PARENTESCO	EJEMPLO: PADRE, MADRE, TITULAR
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES COMPLETOS DE LA PERSONA QUE PAGA EL SEGURO, EN CASO SER DEPENDIENTE DEL SEGURO
NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE CEDULA DE LA PERSONA QUE PAGA EL SEGURO, EN CASO SER DEPENDIENTE DEL SEGURO