

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUADROS	NAVARRO	CARLOS CESAR	20	03	1980	45 años, 4 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309899043	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE GARCIA MORENO y	099-210-7604 /
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	1309899043	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2025	08	04
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 45 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE INICIO AGUDO DE 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR FIEBRE PERSISTENTE DE HASTA 39.5°C, ESCALOFRÍOS, TOS PRODUCTIVA CON EXPECTORACIÓN AMARILLENTA, DOLOR TORÁCICO TIPO PUNZADA QUE SE INTENSIFICA CON LA RESPIRACIÓN PROFUNDA, DISNEA DE ESFUERZO Y MALESTAR GENERAL. AL EXAMEN FÍSICO PRESENTA TAQUIPNEA, ESTERTORES CREPITANTES EN HEMITÓRAX DERECHO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEUMONIA VIRAL, NO ESPECIFICADA	J129		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-04	14:30	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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