

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MOLINA	LUCILA DEL QUINCHE	27	06	1978	47 años, 9 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310677578	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN FELIPE y	098-394-6626 /
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	1310677578	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2026	04	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

FEMENINA DE 47 AÑOS DE EDAD APP: COVID CON SECUELAS PULMONARES ESTUVO UN TIEMPO EN TERAPIA RESPIRATORIA Y CONTROL POR NEUMOLOGÍA, DESPUES POR CUESTIONES ECONOMICAS E INVERNALES PERDIÓ SEGUIMIENTO, REAGENDO REFERENCIA SEGUNDO NIVEL. ACUDE POR REFERIR DOLOR TIPO URENTE EN HEMIABDOMEN DERECHO DE LARGA DATA NO ASOCIADO A INGESTA DE ALIMENTOS, DISNEA DE LEVES ESFUERZOS Y AL DECUBITO SUPINO, NIEGA FIEBRE. AL EXAMEN FISICO NORMOHIDRATADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL ,ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS., ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION NO MASAS NI VISCEOMEGALIAS. AGENDO LABORATORIOS Y ECOGRAFIA ABDOMINAL DE CONTROL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	J22X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-16	10:48	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-04-16	10:48	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

