

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |  |                   |                          |                                  |                                  |                |                   |                                                         |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|--|-------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------|-------------------|---------------------------------------------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA                        | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |                | NÚMERO DE ARCHIVO |                                                         |      |                         |   |   |   |
| MINISTERIO DE SALUD PUBLICA           |  | 1246              | C. S TOSAGUA             | TIPO C                           | 1310742703                       |                | 1310742703        |                                                         |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                    |                                  | SEGUNDO NOMBRE | SEXO              | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ZAMBRANO                              |  | BASURTO           |                          | JORGE                            |                                  | ALFREDO        | H                 | 27/03/1981                                              | 43   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                       |                                  | X              |                   | DERIVACIÓN                                              |      |                         |   |   |   |
| 0963310527                            |  | NO APORTA         |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |                                  |                |                   | MOTIVO                                                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 2. Falta de espacio físico.      |                                  |                |                   | 6. Problemas de abastecimiento.                         |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 3. Falta de equipamiento.        |                                  |                |                   | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 4. Equipos en mal estado.        |                                  |                |                   | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 5. Problemas de infraestructura. |                                  |                |                   | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            |                          | PARROQUIA                        |                                  |                |                   |                                                         |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                |  | TOSAGUA           |                          | TOSAGUA                          |                                  |                |                   |                                                         |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                             |                                  |                  |              |
|-----------------------------|----------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA     | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MINISTERIO DE SALUD PUBLICA | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | CONSULTA EXTERNA | NEUMOLOGIA   |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 43 AÑOS PRESENTA HABITO TABAQUICO DE MAS DE 20 AÑOS CON UN CONSUMO PROMEDIO DE 10 AL DIA, AL MOMENTO REFIERE TOS PRODUCTIVA DE VARIOS MESES DE EVOLUCION ACOMPAÑADA DE PERDIDA DE PESO SIGNIFICATIVA LOS ULTIMOS 6 MESES, SE REALIZA RX STANDART DE TORAX DONDE SE EVIDENCIA AUMENTO DE LA TRAMA BRONQUIAL IZQUIERDA CON PRESENCIA DE RACIOOPACIDAD E NIVEL DE LOBULO MEDIO CON MULTIPLES ADENOPATIAS ADYACENTES, ECOGRAFIA ABDOMINAL SE OBSERVA HEPATO ESPLENOMEGALIA CON PRESENCIA DE MULTIPLES ADENOPATIAS DISPERSAS EN REGION ABDOMINAL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

|    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO                        | CIE  | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
|----|-----------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| 1. | TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO DE LA TRAQUEA, BRONQUIOS | D381 |     | X   | 4. |  |     |     |     |
| 2. | Y PULMON                                                  |      |     |     | 5. |  |     |     |     |
| 3. |                                                           |      |     |     | 6. |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                                                                                                                                                 |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |                                                                                                                                                 | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 06/12/2024                            | 10:14:00        | FELIX         |                                                                                                                                                 | VELIZ           | GILER            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO                                                                                                                                           |                 |                  |
| 1309637757                            |                 |               | DISTRITO DE SANTIAGO 3012<br>Félix Humberto López<br>MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA<br>2022-2414983<br>Dr. ESPECIALISTA EN REG. SENESCYT: 1027 |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |    |  |                        |    |    |  |
|------------------------|----|----|--|------------------------|----|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |  |
| CONTRAREFERENCIA       |    |    |  | REFERENCIA INVERSA     |    |    |  |

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                         |           |                          |           |                                  |                   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |                          |          |                    |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                         |                          |          |                    |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEÚTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
|----|------------------------------------|-----|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| 1. |                                    |     |     |     | 4. |  |     |     |     |
| 2. |                                    |     |     |     | 5. |  |     |     |     |
| 3. |                                    |     |     |     | 6. |  |     |     |     |

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |       |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |       | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |       |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO |                 |                  |
|                                       |                 |               |       |                 |                  |