

| 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 |                         |   |   |   |
| MSP                                                         |            |                  | 1114       | HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES |  | B         | 1310851561                       |            |                  |                   |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |            | SEGUNDO APELLIDO |            | PRIMER NOMBRE                     |  |           |                                  | SEXO       | FECHA NACIMIENTO | EDAD              | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
|                                                             |            |                  |            |                                   |  |           |                                  |            |                  |                   | H                       | D | M | A |
| RODRIGUEZ                                                   |            | MINAYA           |            | LUCILA                            |  | ELIZABETH |                                  | M          | ,1994/07/03      | 30                |                         |   |   | x |
|                                                             |            |                  |            | REFERENCIA                        |  |           |                                  | DERIVACIÓN |                  | x                 |                         |   |   |   |
|                                                             |            |                  |            |                                   |  |           |                                  |            |                  |                   |                         |   |   |   |
| 0968512745                                                  |            |                  |            |                                   |  |           |                                  |            |                  |                   |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |            |                  |            |                                   |  |           |                                  |            |                  |                   |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN     |                  | PARROQUIA  |                                   |  |           |                                  |            |                  |                   |                         |   |   |   |
| MANABI                                                      | ROCAFUERTE |                  | ROCAFUERTE |                                   |  |           |                                  |            |                  |                   |                         |   |   |   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                          |                  |              |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                                                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | NEUMOLOGIA   |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APP: NO REFIERE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| APQ: NO REFIERE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| ALERGIAS: NO REFIERE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <p>PACIENTE QUE CURSA CON EMBARAZO DE 24 SEMANAS POR FUM, QUE FUE HOSPITALIZADA POR 4 DÍAS POR DIAGNOSTICO DE BRONQUITIS AGUDA, PACIENTE QUE CURSA CON CUADRO ACTUAL DE 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TOS, ACOMPAÑADO DE DISFONIA. PACIENTE QUE PRESENTA PERIODOS DE TOS FRECUENTES, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA SIBILANCIAS EN TODO EL CICLO RESPIRATORIO</p> |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| HBG: 13,2 HEMATOCRITO 39,6 PLAQUETAS: 256                         |  |
|                                                                   |  |
|                                                                   |  |
|                                                                   |  |

| E. DIAGNOSTICO |                                  |      | PRE= PRESENT NO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|----------------------------------|------|------------------------------------|-----|-----|-----|--|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | BRONQUITIS CRONICA MUCOPURULENTA | J411 |                                    | X   | 4.  |     |  |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                  |      |                                    |     | 5.  |     |  |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                  |      |                                    |     | 6.  |     |  |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE |                 |               |                 |                  |
|--------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025/02/09                           | 12:00           | ELEANA        | VASQUEZ         | SOLORZANO        |
| CEDULA                               |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1310630817                           |                 |               |                 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |    |  |                        |  |    |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|--|----|--|------------------------|--|----|--|--|--|--|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  |    |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  |    |  |  |  |  |  |
| SI                                          |  | NO |  | SI                     |  | NO |  |  |  |  |  |

CONTRAREFERENCIA
☐

REFERENCIA INVERSA
☒

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAEEDE O REALIZA LA DEFERENCIA INVERSA |           |                                   |           |                                  |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCION DEL SISTEMA                                                     | UNICODIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD          | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
| MSP                                                                         | 1411      | HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES | BASICO    |                                  |                   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |                          |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
| MSP                                                                                   |                          | 13012    |                    |

|                               |
|-------------------------------|
| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |
|                               |
|                               |
|                               |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|                                                                   |
|                                                                   |
|                                                                   |

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |
|                                                          |
|                                                          |
|                                                          |

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

|                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| C. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRADESIEDE |  |
|                                                                                         |  |
|                                                                                         |  |
|                                                                                         |  |

| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                                |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------------------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br><small>(dd-mm-aaaa)</small>  | HORA<br><small>(hh-mm)</small> | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                                |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                                | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                                |               |                 |                  |