

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	CEDEÑO	ADRIAN STALIN	18	09	1989	36 años, 9 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310979305	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	EL JUNCO y EL JUNCO	098-936-4205 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1310979305	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología	2026	07	10
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PTE. CON APP. DE CONSUMO DE COCA... Y EPOC NO BIEN ESTUDIADA... ACUDE POR CHEQUEO MEDICO, Y CONCIENTE DE SU SITUACIÓN DE ADICCIÓN... AL EX. FISICO. CON PENSAMIENTO ACELERADO, MUCOSAS NORMOCROMICAS , AR: RUDO CON ESTERTORES SIBILANTES A LA INSPIRACIÓN PROFUNDA EN AMBOS CAMPOS PULMONARES A PREDOMINIO BASAL... POR ELLO SE INDICA Rx DE TORAX Y REFERENCIA ANEUMOLOGIA...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE INDICA Rx DE TORAX Y REFERENCIA A NEUMOLOGIA PARA ESTUDIO Y TRATAMIENTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA		J441		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	10:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-07-10	10:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	