

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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                                   |  | 1246              | C. S TOSAGUA             | TIPO C        | 1311496333                       |                   |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE |                                  | SEGUNDO NOMBRE    |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| LUCAS                                 |  | SANTANA           |                          | JUAN          |                                  | MICHELE           |  | H                                                       | 12/05/1982       | 43   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA    |                                  | DERIVACIÓN        |  | MOTIVO                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
| 0992745907-0980361277                 |  | SI, CAMPESINO     |                          | X             |                                  |                   |  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                   |                          |               |                                  |                   |  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            | PARROQUIA                |               |                                  |                   |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                |  | TOSAGUA           | TOSAGUA                  |               |                                  |                   |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                              |                  |              |
|-------------------------|------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD     | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | NEUMOLOGIA   |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 42 AÑOS CON ANTECEDENTE 76% PSICOSOCIAL, SECUNDARIO A ESQUIZOFRENIA CON TTO MEDICO CON ACIDO VALPROICO 500mg UNA TABLETA CADA 12 HORAS, CLONAZEPAM 2mg MEDIA TABLETA MAÑANA Y NOCHE RISPERIDONA 2.5 mg UN TABLETA MAÑANA Y NOCHE, LEVOPROMAZINA 100mg MEDIA TABLETA MAÑANA Y NOCHE, DM TIPO II JARDIANCE 12,5/ 850MG DIA EN LA MAÑANA Y METFORMINA 1000mg UNA TABLETA EN LAS NOCHES , HIPOTIROIDISMO CON TTO CON EUTIROX 50mcg UNA TABLETA A LAS 7am. ACUDE A CONSULTA CON FAMILIAR. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA, REFIERE QUE SU HIJO SE ENCUENTRA BIEN, NO REPORTA NOVEDADES, NO MENCIONA SÍNTOMAS DIGESTIVOS, RESPIRATORIOS, NI URINARIOS. EXAMENES DE LABORATORIO REPORTAN GLICEMIA EN AYUNA 123 MG/DL. SE ENTREGA MEDICACIÓN HABITUAL DISPONIBLE EN LA UNIDAD.AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX TORAX AUMENTO DE TRAMA VASCULAR .OPACIDAD EN BORDE LATERAL DE SILUETA CARDIACA

E. DIAGNÓSTICO

|                 |                 |      |     |     |    |     |     |     |
|-----------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.              | BRONQUIECTASIA  | J47X | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.              |                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.              |                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                                                                                     |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO                                                                     | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025/09/04                            | 09.20        | Yolanda       | Cedeño                                                                              | Cedeño           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              |               | FIRMA                                                                               |                  |
| 1311762940                            |              |               | ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA<br>REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952 |                  |

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|                 |                 |     |     |     |    |     |     |     |
|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO | 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 (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              |               | FIRMA           |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |