

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP			CENTRO SALUD SAN BARTOLO	A	1311914905		1311914905						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN		
GONZALEZ		GERMAN		ANDRES		ESTEBAN		M	20/11/00	62	H	D	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO						
0983224352				☒		☐		6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				8. Inadecuada capacidad resolutive					
MANABÍ		BOJIVAR		CALCETA				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					

1. Accesibilidad geográfica.

2. Falta de espacio físico.

3. Falta de equipamiento.

4. Equipos en mal estado.

5. Problemas de infraestructura.

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		NEUMOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HOMBRE DE 25 AÑOS CON APP DE SÍNDROME DE DOWN - DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 70%, Y ANTECEDENTES DE NÓ DULOS TIROIDES (EN SEGUIMIENTO POR ENDOCRINOLOGÍA) Y NEFROLOGÍA. HACE 2 AÑOS CUADRO DE NEUMONÍA CON RECUPERACIÓN FAVORABLE, SE MANTIENE CON SOBREPESO CON IMC 26.30 Y HEMODINAMIA CONSERVADA CON CIFRAS TENSIONALES NORMALES 110/60. MOMENTO PACIENTE, SE MANTIENE CON TOS NO PRODUCTIVA ESPORÁDICA CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES BRONQUIALES Y DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX AP Y LATERAL DONDE SE EVIDENCIA AUMENTO DE LA TRAMA BRONQUIAL BILATERAL CON AUMENTO MODERADO DE PAREDES BRONQUIALES, SE REALIZA EKG SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.		J40X	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

BRONQUITIS , NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRÓNICA

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
30/03/26	11:00:00	GABRIEL		INTRIAGO		ZAMBRANO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310605587							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	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 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				SELLO	