

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		1245	CENTRO DE SALUD CARLOS MORALES		C	1312030818		1312030818						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
RAMIREZ		BRAVO		BENITO		SEBASTIAN		M	9/9/1981	43	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
982764143														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.						
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutiva						
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
MANABI				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		NEUMOLOGIA								
C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO														
PACIENTE CON ANTECEDENTES DE CATETERISMO HACE 7 MESES. REFIERE QUE HACE 10 SEMANAS APROXIMADAMENTE PRESENTA TOS CON EXPECTORACION MAS ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA, DEBILIDAD ADEMAS DE DOLOR EN REGION TORACICA DERECHA IRRADIADA HACIA REGION PULMONAR DEL MISMO LADO. INDICA QUE DESDE LOS 15 AÑOS FUMABA PROMEDIO DE 5 CIGARRILLOS DIARIOS, DESDE EL INICIO DE LOS SINTOMAS HA DEJADO EL CONSUMO. CON HISTORIAL DE EXPOSICION A AGENTES QUIMICOS (HERBICIDA) HASTA HACE 3 AÑOS. REFIERE DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS. SE REALIZO GENEXPERT PARA TUBERCULOSIS CON RESULTADO NEGATIVO VIVE EN HACINAMIENTO. LLAMA LA ATENCION AUSCULTACION CON CREPITOS Y RONCUS DISPERSOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES RECIBIO TRATAMIENTO COMO INFECCION RESPIRATORIA DE VIAS INFERIORES SIN MEJORIA DE CUADRO CLINICO, NO SE HA LOGRADO CONSEGUIR TOMOGRAFIA PARA CORROBORAR DIAGNOSTICO POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION DE ESPECIALIDAD.														
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS														
Glóbulos Blancos 5.72 Linfocitos (%) 43.6 % Neutrófilos (%) 48.9 % Monocitos (%) 5.0 % Eosinófilos (%) 2.3 Recuento de Glóbulos Rojos 4.00 Hemoglobina 13.6 g/Dl Hematocrito 37.1 Plaquetas 252 PCR TIEMPO REAL MTB/RIF ULTRA (GENEXPERT) NO DETECTADO														
RX TORAX DENOTA PRESENCIA DISCRETA DE INFILTRADO A NIVEL PARAHILAR, CONSERVADO ANGULOS COSTOFRENICOS COSTODIAFRAGMATICOS, NO SIGNOS DE HIPERINSUFILACION.														
E. DIAGNÓSTICO														
PRE= PRESENTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF						CIE	PRE	DEF		
1.	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON INFECCION AGUDA DE VIAS RESPIRATORIAS	J440	X		4.									
2.					5.									
3.					6.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE														
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO						
2025-08-29		14H30		MARGARITA SALOME		QUIROZ		GILER						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO								
1309650404														
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		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 CLINICO														
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS														
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS														
F. DIAGNÓSTICO														
PRE= PRESENTIVO 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								