

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ALAVA            | ANDRADE          | KATHERINE CARMEN | 11                  | 04  | 1983 | 41 años, 9 meses, 10 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312164120        | MANABI              | CHONE  | BOYACA    | SAN AGUSTIN y                | 098-861-7858 /      |
| 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                 | 1312164120      | BOYACA                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Neumología   | 2025  | 01  | 21  |
| 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

PACIENTE FEMENINO DE 41 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 6 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISNEA GRADO III, ORTOPNEA. PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD QUE SE IRRADIA HACIA EL PECHO AL RESPIRAR Y QUE SE EXACERBA AL ACOSTARSE. A LA AUSCULTACION NO SE EVIDENCIAN SIBILANCIAS. DEMAS EXAMEN FISICO SIN ALTERACION. TIENE EL ANTECEDENTE DE HABER ESTADO EXPUESTA AL HUMO POR MAS DE 10 AÑOS (COCINABA CON LEÑA).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA | J449   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-21 | 14:16 | Medicina Rural | JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO | 1313058438 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-21 | 14:16 | Medicina Rural | JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO | 1313058438 |       |