

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LOPEZ            | MOREIRA          | JESUS DIVINO | 15                  | 05  | 1983 | 42 años, 8 meses, 18 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

0098 540 5735

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                      | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|--------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312195066        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | VIA CANUTO y UNIDOS VENCEREMOS | 099-493-1105 /      |
| 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                 | 1312195066                               | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Neumología   | 2026           | 02  | 02  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REFIERE ANTECEDENTE DE DOLOR EN AREA TORCICA DE LADO IZQUIERDO DE APROXIMADAMENTE 3 MESES DE EVOLUCION TIPO PUNZANTE, SIN IRRADIACION APARENTE, APARECE DE FORMA SUBITO, AUMENTA A LA INSPIRACION PROFUNDA, CEDE DE FORMA ESPONTANEA.REFIERE ODINOFAGIA, TOS SECA, NIEGA FIEBRE. ), HACE 5 MESES DEJO DE TRABAJAR EN PRONACA POR CONTACTO DIRECTO CON HARINAS. Y ACTUALMENTE TRABAJA EN LADRILLERA. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| RADIOLOGIA CONVENCIONAL : IMAGENES CON BRONQUIECTASIAS , INFILTRADO INTERSTICIAL |
|----------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                            | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| NEUMONITIS DEBIDA A HIPERSENSIBILIDAD A POLVO ORGANICO NO ESPECIFICADO | J679   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2026-02-02 | 08:10 | Medicina Familiar Y Comunitaria | HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN | 1006-12-1143810 |       |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |

