

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEDRANDA	SAMPEDRO	LINO ANIBAL	20	09	1989	36 años, 6 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312395435	MANABI	CHONE	CONVENTO	AVENIDA PANAMERICANA y	096-045-3377 /
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	1312395435	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2026	03	27
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 36 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 7 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DISNEA DE MODERADOS ACOMPAÑADO DE TAQUICARDIA Y DOLOR TORAXICO DE INTENSIDAD MODERADA REFIERE TRABAJO MAS DE 8 AÑOS REENCAUCHANDO LLANTAS AL MOMENTO AFEBRIL, ASINTOMÁTICO, ACTIVO, ELECTIVO, GLAS GOW 15/15, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. EXAMEN FISICO NORMOCEFALO, MUCOSAS HÚMEDAS, OROFARINGE HIPERÉMICA, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, CSPS VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE NEUMOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RS STANDAR DE TORAX OPACIDADES NODULARES EN AMBOS PULMONES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEUMOCONIOSIS DEBIDA A OTROS POLVOS INORGANICOS ESPECIFICADOS	J638		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-27	12:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-03-27	12:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	