

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	MARCILLO	MELANY ANAHI	13	05	2002	23 años, 11 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312473513	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	C y	099-607-9644 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1312473513	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2026	04	17
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 FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, ALERGIAS: MARISCOS, PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD TRAS REALIZARSE LA PRIMERA PRUEBA DE PPD EL 1 DE ABRIL DEL PRESENTE AÑO DONDE SALE POSITIVA SE REALIZA OTRA EL 09 DE ABRIL PARA VERIFICAR RESULTADO CON REPORTE NEGATIVO PRUEBA DE ESPUTO, ACUDE EL DIA DE HOY A LA CONSULTA PARA REVISION DE EXAMENES.ACTIVA , REACTIVA , AFEBRIL. 0996079644.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: HB 14.10 HCTO 41.30 PLQ 286 LEUCOCITOS 7.28 NEUTROFILOS 3.90 GLUCOSA 83.46 UREA 17.67 CREATININA 0.74 ACIDO URICO 4.49 COLESTEROL 157.94 COPROLOGICO: CONSISTENCIA BLANDA COLOR CAFE PARASITOS GIARDIA LAMBLIA FLORA BACTERIANA MODERADA EMO (UROANALISIS DE RUTINA): FISICO 35 VOLUMEN FLUIDO TURBIO NITRITOS 1010 BACTERIAS ++

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OBSERVACION POR SOSPECHA DE TUBERCULOSIS		Z030		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-17	14:58	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-04-17	14:58	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	