

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |  |                   |                          |                                  |           |                                  |                                                         |                   |                                 |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|--|-------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |                                                         | NÚMERO DE ARCHIVO |                                 |                         |   |   |   |
| MSP                                   |  | 1246              | CS TOSAGUA               |                                  | C         | 1312475047                       |                                                         | 1312475047        |                                 |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                            | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| RODRIGUEZ                             |  | ZAMORA            |                          | OSCAR                            |           | FABIAN                           | M                                                       | 25/02/1982        | 43                              | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                       |           | X                                | DERIVACIÓN                                              |                   |                                 |                         |   |   |   |
| 0969701137 - 0978618166               |  | NO REGISTRA       |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  | MOTIVO                                                  |                   | 6. Problemas de abastecimiento. |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                   |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |                                 |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            |                          | PARROQUIA                        |           | X                                | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   | X                               |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                |  | TOSAGUA           |                          | TOSAGUA                          |           |                                  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |                                 |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           |                                  |                                                         |                   |                                 |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           |                                  |                                                         |                   |                                 |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 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 CLÍNICO

USUARIO CON APP DE TB PULMONAR EL CUAL EMPEZÓ LA PRIMERA FASES (200 tabletas) EL 21/05/2025 CON HRZE, 4 TABLETAS DIARIAS DE LUNES A VIERNES, EL 01/07/2025 TERMINA PRIMERA FASE Y EL 04 DE AGOSTO EMPIEZA CON SEGUNDA FASE CON RIFAMIPICINA/ISONIACIDA 300mg/150mg DOS TABLETAS DIARIAS. REFIERE MEJORÍA DEL ANIMO, HA SUBIDO DE PESO, AUN PRESENTA TOS CON EXPECTORACIÓN LEVE ENTRE AMARILLO Y BLANCO CON ESTRIAS DE SANGRE EN OCASIONES. FIEBRE HACE 3 DÍAS ANTES DE LA NOCHE, AUMENTO DE PESO. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA Y SUBSECUENTE.

AP RESPIRATORIO: BUENA EXPANSIBILIDAD TORAXICA, MV AUDIBLE, NO IMPRESIONA ESTERTORES.

COMPLEMENTARIOS: Fecha: 28/07/2025 Lcdo/a: IVAN ZAMBRANO. Hb: 12.1 mg/dl, Hcto: 36.2%, Hematies: 4.06 x10<sup>6</sup>/L, Plaquetas: 380 mmc, Leucocitos: 7.70 mmc. (Lin 18.7, Seg 69.8 , Mon 10.1, Eos 1.3, Bas 0.1), Glicemia: 99.4 mg/dl, Creatinina: 1.09 mg/dl, Ac Urico 4.99 mg/dl, Urea 20.45 mg/dl; Colesterol 170.4 mg/dl, TAG: 78.95 mg/dl, VLDL: 15.79 mg/dl, TGO: 21.68 U/L, TGP: 15.33 U/L. Hepatitis B: Negativo, Hepatitis C: Negativo. VIH 1+2 Ag P24: NO REACTIVO, VDRL: NO REACTIVO. Toxoplasma IgM: Negativo, Rubeola IgM: Negativo, Citomegalovirus IgM: Negativo, Herpes I/II IgM: Negativo ... **ESPUTO BAAR 28/07/2025: POSITIVO.**

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |                                                            |      |     |     |    |     |     |     |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO |                                                            | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.                                 | TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA UNICAMENTE POR CULTIVO | A151 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                 |                                                            |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |                                                            |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 30/07/2025                            | 10.00 am     | JUAN JOSÉ     | ZAMBRANO        | PINCAY           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1310509771                            |              |               |                 |                  |

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 | TIPOLOGIA | 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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|                                    |  |     |     |     |    |     |     |     |
|------------------------------------|--|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>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            |
|                                       |              |               |                 |                  |