

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ALCIVAR          | ZAMBRANO         | WILLIAN JOSE | 03                  | 04  | 1996 | 29 años, 3 meses, 15 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313326405        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CHONE y                      | 999-999-9999 /       |
| 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                 | 1313326405      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neumología   |  | 2025  | 07  | 18  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 29 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: HTA (ABUELA MATERNA), ACUDE PORQUE REFIERE PERSISTE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR TOS PRODUCTIVA DE 26 DÍAS, NIEGA ALZA TERMICA, NIEGA CUADRO GRIPAL PREVIO, NO SINTOMAS ACOMPAÑANTES. REFIERE LIGERA PERDIDA DE PESO. YA ESTUVO EN TTO CON PREDNISONA X 7 DÍAS, AMOXICILINA + ACIDO CLAUUVULANICO X 7 DÍAS, BETAMETASONA IM DIARIOS X 4 DÍAS, DEXAMETASONA IV 4 DOSIS, NEBULASMA, AMIKACINA 1G PARENTERAL X 5 DÍAS, FLUIMICIL 600 MH CADA 12 HORAS X 5 DÍAS, SALBUTAMOL 2 PUFF DIARIOS, SIN MEJORÍA DEL CUADRO CLÍNICO. ACUDE CON RX DE TORAX DE HACE 2 DÍAS, EN LA CUAL SE EVIDENCIA AUMENTO DE LA TRAMA BRONQUIAL. REFIERE COMO ANTECEDENTE DE TRABAJO CON DILUYENTE DURANTE 1 AÑO. SE REALIZA PRUEBA DE ESPUTO HACE 3 DÍAS TENIENDO RESULTADO NEGATIVO. AL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIAN RUIDOS PATOLOGICOS EN CAMPOS PULMONARES. AL MOMENTO PACIENTE FEBRIL, ORIENTADO, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0982355016

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------|--------|-----|-----|
| BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | J209   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-18 | 13:56 | Medicina Rural | JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA | 1314595487 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-18 | 13:56 | Medicina Rural | JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA | 1314595487 |       |

