

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHICA	PALMA	ELIANA MARILU	21	03	1995	30 años, 10 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313521625	MANABI	CHONE	CONVENTO	AGUSTIN GILER y	096-384-8804 /
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	1313521625	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2026	01	28
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 30 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA PARA CONTROL POSTPARTO. PACIENTE CON ANTECEDENTES DE PRECLAMIA INGRESADA EN UCI 4 DIAS Y 3 DIAS EN SALA REFIERE DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS CON SECUELAS DE EDEMA PULMONAR AGUDO ASOCIADOS A LA PRECLAMIA AL MOMENTO AFEBRIL, ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, ALIMENTACIÓN ADECUADA. AL EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALO, CUELLO SIMETRICO SIN ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES RONCUS BILATERALES DIFUSOS SIN RUIDOS AGREGADOS, RITMO CARDIACO RITMICO DE BUEN TONO E INTENSIDAD
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REFIERE DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS CON SECUELAS DE EDEMA PULMONAR AGUDO ASOCIADOS A LA PRECLAMIA. A LA AUSCULTACION: RONCUS BILATERALES DIFUSOS SIN RUIDOS AGREGADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA PULMONAR CRONICA CONSECUTIVA A CIRUGIA	J953		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-28	11:19	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	 MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO

ONCE

Validar únicamente con FirmaEC



MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO

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
2026-01-28	11:19	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

