

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CASTRO	KAROLINE LISSETH	07	09	2000	24 años, 0 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314643550	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	098-210-6571 /
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	1314643550	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2024	09	25
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 DE 23 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE IMPORTANCIA, NO REFIERE ALERGIAS ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCION DE TOS SECA, AL EXAMEN FISICO FASCIES CONSERVADAS, CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, RUIDOS CRADIACOS SIN PRESENCIA DE SOPLOS, ABDOMEN BLANOD SIN PRESENCIA DE MEGALIAS, EXTREMIDADES SIN PATOLOGIA APARENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX DE TORAX: INFILTRADOS, DILATACION ALVEOLAR MAS SECUELAS POSTCOVID

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-25	11:05	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	 Firmado electrónicamente por: DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE

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
2024-09-25	11:05	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	