

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	RODRIGUEZ	MERLY ELIZABETH	13	08	1992	32 años, 7 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315320471	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA FLORESTA y	098-161-9920 /
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	1315320471	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2025	03	24
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 32 AÑOS, NACIDA 1992-08-13, ESTADO CIVIL: SOLTERA APP NO REFIERE, AQX APENDICECTOMÍA, ALERGIAS NO REFIERE, AGO PO CO, OCUPACIÓN: MESERA / AMA DE CASA, INSTRUCCIÓN SUPERIOR TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN. NÚMERO DE TELÉFONO: 0981619920. DIRECCIÓN: FLORESTA, HASTA EL FONDO DE LA CALLE, AL FRENTE DE CASA ANARANJADA, CASA DE COLOR LUSTRADA CON PUERTA DE CAÑA. INICIO DE SÍNTOMAS: 8 MESES, CUADRO CLÍNICO DE MÁS DE 15 DÍAS + PÉRDIDA DE PESO + SUDORACIÓN NOCTURNA + FATIGA + DOLOR TORÁCICO. REFIERE DOLOR ÓSEO INTERMITENTE, NO SINTOMATOLOGÍA NEUROLÓGICA, NI GANGLIOS INFLAMADOS, NI DISURIA. NO TIENE ANTECEDENTES DE TUBERCULOSIS, ANTECEDENTE DE COVID EN 2022. NO HA ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTES CON TUBERCULOSIS Y NIEGA QUE SUS CONVIVIENTES TENGAN SINTOMATOLOGÍA SIMILAR. CUENTA CON TAMIZAJES DE VIH NEGATIVOS. PENDIENTE TAMIZAJE DE SÍFILIS (NO TENEMOS PRUEBA RÁPIDA). NO REFIERE CONTROL ODONTOLÓGICO. VACUNAS INCOMPLETAS (CUENTA CON CICATRIZ DE BCG). NIEGA HÁBITOS TÓXICOS (ALCOHOL, TABACO, DROGAS), VIAJES RECIENTES, EXPOSICIÓN EN SECTOR SALUD O EN COMUNIDAD. ACTUALMENTE ÚNICAMENTE VIVE CON MADRE (ESTHER JOTALINA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, FEMENINA, CI: 1307037406, 1964-10-24, 60 AÑOS, APP: DM2, AQX NO REFIERE, VACUNAS INCOMPLETAS, CONTROL ODONTOLÓGICO: NO). LA CASA TIENE 2 HABITACIONES. NO HAY MENORES DE 5 AÑOS EN CASA. MASCOTAS: NINGUNA. AGUA: BIDÓN SIN HERVIR. RECOLECCIÓN DE BASURA: CARRO RECOLECTOR. DESECHOS. PACIENTE ACUDE SOLA CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS POR GEN EXPERT (20/03/2025, YA SE HABÍA REALIZADO PREVIAMENTE BACILOSCOPIAS CON RESULTADOS NEGATIVOS. SE INICIA TRATAMIENTO (ESQUEMA 1 DE TUBERCULOSIS).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ASESORÍA DE ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA E HIDRATACIÓN ADECUADA. ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN MSP. RECOMENDACIONES DE HIGIENE Y SALUD BUCODENTAL. CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN SEXUAL Y HáBITOS NOCIVOS. ASESORÍA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA. LIMITAR USO DE PANTALLAS DIGITALES A MÁXIMO 2 HORAS AL DÍA. SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL DENGUE Y COVID 19. EVITAR EXPOSICIÓN EXCESIVA AL SOL Y RECOMENDACIÓN DE USO DE BLOQUEADOR SOLAR. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA. TRATAMIENTO PARA ESQUEMA 1 DE TUBERCULOSIS. SE SOLICITA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX. INTERCONSULTA A MEDICINA FAMILIAR. REFERENCIA A NEUMOLOGÍA. SE SOLICITA ACUDIR CON FAMILIAR CONVIVIENTE PARA TAMIZAJE. CONTROL SUBSECUENTE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA POR HALLAZGO MICROSCOPICO DEL BACILO TUBERCULOSO EN ESPUTO, CON O SIN CULTIVO	A150		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-24	14:09	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-03-24	14:09	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	