

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| BARREZUETA       | ANDRADE          | ARMANDO DAVID | 16                  | 12  | 1962 | 62 años, 8 meses, 6 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315684058        | MANABI              | CHONE  | BOYACA    | SITIO BUENOS AIRES y         | 099-700-3912 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|--|--|
| MSP                 | 1315684058      | BOYACA                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |              |      | Fecha |     |  |
|---------------------|---------------------------|------------------|--------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Neumología   | 2025 | 08    | 22  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 62 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE ES TRAI DO A CONSULTA POR SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN, DESCRITA COMO DISNEA DE ESFUERZO PROGRESIVA. ACTUALMENTE PRESENTA DISNEA AL REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS COMO CAMINAR DISTANCIAS CORTAS O SUBIR ESCALERAS. FAMILIAR NO REFIERE ANTECEDENTES RESPIRATORIOS RELEVANTES, NO FUMADOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|   |
|---|
| . |
|---|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA | J449   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-22 | 08:28 | Medicina Rural | JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO | 1313058438 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-22 | 08:28 | Medicina Rural | JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO | 1313058438 |       |