

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALAZAR	MAZAMBA	YONY ALEXANDER	10	03	1992	33 años, 11 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316332061	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SUCRE y AMAZONAS	000-000-0000 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1316332061	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2026	02	10
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 MASCULINO DE 33 AÑOS SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, ACUDE A CONSULTA PARA VALORACION Y GESTIONAR CONTINUIDADA PARA NEUMONIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA. PACIENTE REFIERE LEVE TOS NOCTURNA Y LEVE DOLOR MUSCULAR. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA URINARIA, DIGESTIVA. DIAGNOSTICADO EL 02/02/2026 CON TUBERCULOSIS PULMONAR- SENSIBLE,EN TRATAMIENTO CON 4 TABLETAS DE ANTIFIMICOS AL DIA, AL MOMENTO NO SE OBSERVAN EFECTOS ADVERSOS A LA MEDICACION. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON BUENA ENTRADA DE AIRE BILATERAL EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, CON SATURACIONES MAYORES A 97.NO ICTERICIA. RESTO DE EXAMEN FISICO EN BUEN ESTADO GENERAL. SE LE REALIZA REFERENCIA PARA CONTINUIDAD Y SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TGO 214.5 TGP 151.3

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA POR MEDIOS NO ESPECIFICADOS	A153		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-10	15:44	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	

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
2026-02-10	15:44	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	

