

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	CHAVEZ	JORDY JULIAN	06	07	2004	20 años, 8 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317514329	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SANTA FE y	096-716-6411 /
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	1317514329	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	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 MASCULINO DE 20 AÑOS, NACIDO 2004-07-06, ESTADO CIVIL: SOLTERO, APP NO REFIERE, AQX NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE, OCUPACIÓN: SOLDADOR, INSTRUCCIÓN BÁSICA SUPERIOR COMPLETA (10MO DE COLEGIO). NÚMERO DE TELÉFONO: 0967166411. DIRECCIÓN: SANTA FE 2000, CASA ESQUINERA, DE TEJA, PALO DE AGUACATE. INICIO DE SÍNTOMAS: 4 MESES, CUADRO CLÍNICO DE MÁS DE 15 DÍAS + PÉRDIDA DE PESO + HEMOPTISIS + SUDORACIÓN NOCTURNA + FATIGA + DOLOR TORÁCICO. NO DOLOR ÓSEO, NO SINTOMATOLOGÍA NEUROLÓGICA, NI GANGLIOS INFLAMADOS, NI DISURIA. NO TIENE ANTECEDENTES DE TUBERCULOSIS, NI DE COVID. NO HA ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTES CON TUBERCULOSIS Y REFIERE QUE HERMANO PRESENTA 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 VIVE CON MADRE (CHAVEZ LUISA TRINIDAD, FEMENINA, CI: 1304440793, 1965-06-01, 59 AÑOS, APP: DM2 Y PACIENTE CON DISCAPACIDAD FÍSICA POR AMPUTACIÓN, AQX AMPUTACIÓN DE PIERNA, VACUNAS INCOMPLETAS, CONTROL ODONTOLÓGICO: NO), HERMANA (ALCIVAR CHAVEZ KATHERINE JAHAIRA, FEMENINA, CI: 1314438217, 1997-06-30, 27 AÑOS, APP: NO REFIERE, AQX CESÁREA (1), VACUNAS INCOMPLETAS, CONTROL ODONTOLÓGICO: NO), SOBRINO1 (BASURTO ALCIVAR JOSTHYN JULIAN, MASCULINO, CI: 1352095374, 2015-05-16, 9 AÑOS, APP: VITILIGO Y ASMA, AQX NO REFIERE, VACUNAS INCOMPLETAS, CONTROL ODONTOLÓGICO: NO), Y SOBRINO 2 (VILLALBA ALCIVAR BRASHLY LEONARDO, MASCULINO, CI: 1353595257, 2021-03-27, 3 AÑOS 11 MESES, APP: VITILIGO Y ASMA, AQX NO REFIERE, VACUNAS INCOMPLETAS, CONTROL ODONTOLÓGICO: NO), LA CASA TIENE 3 HABITACIONES, EL SOBRINO 1 DUERME CON LA MADRE DEL PACIENTE Y EL SOBRINO 2 CON LA HERMANA DEL PACIENTE. HAY UN MENOR DE 5 AÑOS EN LA CASA. MASCOTAS: PUERCOS (2), CHIHUAHUA (3), CONEJOS (2), PATOS (2) Y GALLINA (1). AGUA: BIDÓN SIN HERVIR. RECOLECCIÓN DE BASURA: CARRO RECOLECTOR. PACIENTE ACUDE CON HERMANA, CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS POR GEN EXPERT (24/03/2025). SE INICIA TRATAMIENTO (ESQUEMA 1 DE TUBERCULOSIS).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PLAN: 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
2025-03-25	08:40	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
2025-03-25	08:40	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	