

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apeellido Paterno	Apeellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELASQUEZ	DELGADO	CESAR LEODAN	18	12	2000	23 años, 8 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351734726	MANABI	CHONE	BOYACA	CHICHANDA y	098-111-6462 /
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	1351734726	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2024	09	09
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 QUE ACUDE A CONSULTA NOS REFIERE QUE HACE MAS O MENOS 5 AÑOS PRESENTO INFECCIÓN BACTERIANA CAUSADA POR NEUMOCOCCO CON UNA COMPLICACIÓN DE DERRAME PLEURAL NOS REFIERE QUE DESDE ESE MOMENTO HA PRESENTADO DIFICULTAD AL RESPIRAR PERO NOS REFIERE QUE AHORA SE HA INCREMENTADO Y LA DIFICULTAD AL RESPIRAR ES MAS COMPLICADA POR LO QUE NECESITA VALORACIÓN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

No presenta estudios complementarios

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-09	10:22	Medicina General Integral	GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES	CU-13-5730	

Dra. Gabriela Baquerizo
Esp. Medicina Familiar
Cf. 1720252541

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hls. Clínica 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 clínico

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
2024-09-09	10:22	Medicina General Integral	GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES	CU-13-5730	