

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1316543956		1316543956	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
CEDENO		HIDROVO		CARLOS		JOSUE		M	25/4/2000
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
0988380400 // 0997776045				X				☐ 0 Problemas de abastecimiento ☐ 7 Insuficiencia de profesionales ☐ 8 Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		1 Accesibilidad geográfica					
MANABÍ	BOLÍVAR	CAJCETA		2 Falta de espacio físico					
				3 Falta de equipamiento					
				4 Equipos en mal estado					
				5 Problemas de infraestructura					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO
MSP			CONSULTA EXTERNA
			NEUMOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS CON APP DE ASMA BRONQUIAL CON TRATAMIENTO EN INTERCISIS ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR CUADRO TÍPICO DE SEGUIDA A PESAR DE SU MEDICACIÓN DE BASE CONTINUA SUS VRSIS POR LO QUE SE REALIZA PRUEBAS DE INMUNOLOGÍA CON VALORES ELEVADOS DE IGE SERICA AL EXAMEN FÍSICO SIBILANTES Y RONCOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARTES POR LO QUE DE CIDO VALORACION POR SU SERVICIO P RA MAYOR SEGUIMIENTO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL, CON MALESTAR GENERALIZADO.	
SIGNOS VITALES:	
PA: 110/80	
FC: 80LXM	
FR: 20RXM	
TEMP: 36,7	
SAT02: 96% AA	

E. DIAGNÓSTICO	
1.	ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA
2.	
3.	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)
2025-08-05	10H00
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1311550667	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN	
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI NO
DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI NO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNOSTICO	
1.	
2.	
3.	

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA