

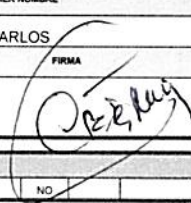
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
ESS		1421	HOSPITAL BASICO CHONE			1311676686		621741			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
TRIVIÑO		GARCIA		MARIA		VERONICA		F	05/02/1985	40	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X		DERIVACIÓN			
958838454								MOTIVO			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica				6. Problemas de abastecimiento			
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico				7. Insuficiencia de profesionales			
CANTÓN				3. Falta de equipamiento				8. Inadecuada capacidad resolutiva			
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
MANABÍ				5. Problemas de infraestructura							
CHONE				CHONE							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		NEUMOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ASMA EN ESEPERA DE VALORACION Y TRATAMIENTO DE ESPECIALIDAD. AL MOMENTO EN TTO CON BRONCODILATADORE SE ENVIA REFERENCIA CORRESPONDIENTE.	
AL EXAMEN FISICO. CP: RITMICO NO SOPLOS MV: RONCUS Y SIBILANCIAS BILATERALES. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA NORMALES	
EXTREMIDADES: SIMETRICAS NO EDEMAS.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO							
PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	ASMA	J459	X		4.		
2.					5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
06/02/2025	14H30	CARLOS	MUÑOZ	SANTANA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1306403930				
		BELLLO		
		Dr. Carlos Muñoz Santana		
		MEDICO CIRUJANO		
		Pediatría - Medicina General		
		Cod. Col. Med. # 1706		
		FONO: 088-553752		

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

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO							
PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.					4.		
2.					5.		
3.					6.		

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)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		BELLO

