

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	MACIAS	AGARDENIA MERCEDES	09	12	1974	51 años, 7 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312340928	MANABI	CHONE	CONVENTO	VIA ESCUELA ABDON CALDERON y VIA ESCUELA ABDON CALDERON	/ (34)-534-5252
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	1312340928	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología	2026	07	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 clinico

PACIENTE DE 51 AÑOS ACUDE A CONTROL MÉDICO POR ANTECEDENTE DE ASMA ALÉRGICA Y RINITIS ALÉRGICA. REFIERE PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, CON EPISODIOS DE TOS, DISNEA INTERMITENTE Y CONGESTIÓN NASAL. SE REVISAN ESTUDIOS DE IMAGEN QUE REPORTAN ATELECTASIAS SUBSEGMENTARIAS BILATERALES, HALLAZGO QUE REQUIERE CORRELACIÓN CLÍNICA Y ESTUDIO ESPECIALIZADO. DEBIDO A LA PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA Y LOS HALLAZGOS RADIOLÓGICOS, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR NEUMOLOGÍA. EXAMEN FÍSICO: PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. MUCOSA NASAL CONGESTIVA. OROFARINGE SIN ALTERACIONES. TÓRAX SIMÉTRICO, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO CON ESPORÁDICAS SIBILANCIAS DISPERSAS, SIN DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA. SATURACIÓN DE OXÍGENO DENTRO DE RANGOS NORMALES AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE EN CONTROL POR SERVICIO DE NEUMOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	J450		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	11:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-07-10	11:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

