



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							
MSP	001414	Santa Martha	CS	1728969625								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Luje	Muñoz	Gineth	Fernanda	M	07-06-2009	16	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN MOTIVO							
099-372-0481		1. Accesibilidad geográfica.		☐	6. Problemas de abastecimiento.						☐	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.		☐	7. Insuficiencia de profesionales.						☐	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		☐	8. Inadecuada capacidad resolutive						☒
13	1303	130350	4. Equipos en mal estado.		☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						☐
		5. Problemas de infraestructura.		☐							☐	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Neumologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
F EMENI NA DE 16 AÑOS DE EDAD- APP: AS MA. ACUDE POR CUADRO DE 1 AÑO DE EVOLUCI ÓN CARACTERI ZADO POR TOS S ECARECURRENTE QUE S E EMPEORA EN HORAS DE LA TARDE- ADEMAS REF I ERE QUE PRES ENTA CUADRO DE DOLOR EN ZONA DE PECHODERECHO. PACI ENTE REF I ERE QUE PRES ENTA AÑOS DE EVOLUCI ÓN CARACTERI ZADO POR PRES ENCI A ALERGI AS A DI F ERENTESAGENTES COMO COLORANTES - CAMARON- CANGREJ OS - PRODUCTOS DE LI MPI EZA. REF I ERE QUE S US CUADROS HAN EMPEORADO ENLOS ULTI MOS MES ES - HACE 3 DÍ AS PRES ENTO UN CUADRO DE ANAF I LAXI A POR ALI MENTO AL CUAL NO S AB I A QUE ERA ALERGI CA YQUE LA LLEVO A EMERGENCI A. HACE 2 MES ES PRES ENTÓ CUADRO DE AS MA EL CUAL NO CEDI Ó A TRATAMI ENTO CONVENCI ONAL CONS ALB UTAMOL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
S EGUI MI ENTO POR ALERGOLOGO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Asma Mixta		J458	X		4.					
2.	Supervision De Embarazo De Alto Riesgo Sin Otra Especificacion		Z359		X	5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-08	08:25	Tania	Velez	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1308557071				

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	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP			CENTRO DE SALUD TIPO C - MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	1302580566	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Centro De Salud Tipo C (Chone)	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

.Se Sugiere Levotiroxina 112mcg Al Dia- Control Con Estudios De Laboratorio .

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Hipotiroidismo No Especificado		E039		X	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	SELLO	
1310932148				