



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	El Recreo - San Miguel	CS-A	1351710064							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Minalla	Loor	Esteban	Johan	H	11-12-2011	14	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0969973200		X		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 resolutive							
PARROQUIA		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
13	1315	131550	5. Problemas de infraestructura.	X							

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
PACIENTE MASCULINO DE 14 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE ASMA BRONQUIAL DIAGNOSTICADA DESDE LA INFANCIA- ACTUALMENTE SIN TRATAMIENTO Y SIN SEGUIMIENTO. REFIERE QUE LA ÚLTIMA CRISIS ASMÁTICA FUE HACE APROXIMADAMENTE 2 MESES. DURANTE LAS CRISIS UTILIZA SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 2 HORAS- SIN PLAN DE ACCIÓN FORMAL ESTABLECIDO. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN- CARACTERIZADO POR MALESTAR GENERAL- FIEBRE NO CUANTIFICADA- CEFALEA- CONGESTIÓN NASAL TIPO GRIPAL- TOS PRODUCTIVA Y DOLOR TORÁCICO. AL MOMENTO SE ENCUENTRA AFEBRIL. AL INTERROGATORIO DIRIGIDO- REFIERE QUE SÍ PRESENTA DESPERTARES NOCTURNOS CON SENSACIÓN DE AHOGO- ANTECEDENTE DE HABER ACUDIDO A EMERGENCIAS POR CRISIS ASMÁTICAS- ALERGIA AL POLVO- Y LIMITACIÓN PARCIAL PARA REALIZAR EJERCICIO- YA QUE DEBE DETENERSE POR SENSACIÓN DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Y LUEGO PUEDE CONTINUAR. REFIERE ESQUEMA DE VACUNAS AL DÍA Y APLICACIÓN DE VACUNA CONTRA INFLUENZA EN ENERO. AL EXAMEN FÍSICO RESPIRATORIO SE AUSCULTAN RONCUS Y SIBILANCIAS LEVES BILATERALES SIN DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA AL MOMENTO. SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD + TRATAMIENTO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NA

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Asma No Especificado	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
2026-05-27	12:44	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1310671951				

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

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