

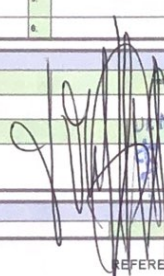
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1410	HBAGA		B	1316543956		1316543956			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
CEDENO		HIDROVO		CARLOS		JOSUE		M	25/4/2000	25	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)						REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
098838 0400 // 0997776045						X				☐ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA							
MANABI		BOLIVAR		CALCETA							

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO
PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS CON APP DE ASMA BRONQUIAL CON TRATAMIENTO EN INTERCISIS ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR CUADRO TIPICO DE SEGUIDA A PESAR DE SU MEDICACION DE BASE CONTINUA SUS VRISIS POR LO QUE SE REALIZA PRUEBAS DE INMUNOLOGIA CON VALORES ELEVADOS DE IGE SERICA AL EXAMEN FISICO 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. DIAGNOSTICO																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE</th> <th>DEF</th> <th>CE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA</td> <td>J450</td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE	DEF	CE	PRE	DEF	1	ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	J450		X	2					3				
PRE	DEF	CE	PRE	DEF																
1	ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	J450		X																
2																				
3																				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-05	10H00	MARCO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1311550667				
		AZUA ANTONIO AZUA CACERES ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL C.I.: 1311550667		

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		TIPOLOGÍA	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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE</th> <th>DEF</th> <th>CE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE	DEF	CE	PRE	DEF	1					2					3				
PRE	DEF	CE	PRE	DEF																
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)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		