

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS			HOSPITAL BASICO CHONE			0930739198 702479		739707			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	Sexo	FECHA NACIMIENTO	Edad	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MOREIRA	IBARRA	MARCELO		IGNACIO	M	07-06-2008	17	H	D	M	A
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN ☒					
981530765						MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL						6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA				7. Insuficiencia de profesionales.					
MANABI	CHONE	CHONE				8. Inadecuada capacidad resolutoria					
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
						☒					

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

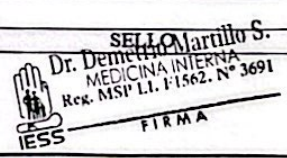
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad
		Consulta Externa	MEDICINA INTERNA (CE)

RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

ASCULINO DE 17 AÑOS QUE ACUDE ACOMPAÑADO DE LA MADRE PARA SEGUIMIENTO. ANTECEDENTE DE ASMA BRONQUIAL DESDE LA INFANCIA. DESDE HACE VARIOS AÑOS SIN SEGUIMIENTO DE NEUMOLOGIA. PACIENTE ASMATICO, SIN CRISIS DESDE HACIA MAS DE 1 AÑO, EN LOS ULTIMOS MESES HA REPRESENTADO CRISIS, SE MANTIENE SIN TTO MEDICO. OS SECA PERSISTENTE, HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL. RESP: MV AUDIBLE EN ACP, NO ESTERTORES, LEVES SIBILANCIAS. ARDÍO: RUIDOS RITMICOS Y SIN SOPLOS.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

de torax

DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	
ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA				J450		X	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			
2025-08-05 15:08		MARTILLO SANTANDER DEMETRIO AMADOR					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
0909356750							
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
CONTRAREFERENCIA		REFERENCIA INVERSA					

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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

DIAGNOSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
-------------	-----------------	-----------------	-----	-----	-----

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
Servicio	Sub-Servicio	Nivel	Código	Procedimiento
Otros	Otros	Otros		rx de torax

REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA