

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	MENDOZA	GREY MARIA	09	12	1950	75 años, 7 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301478804	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE IGNACIO ANDRADE y ALEJO LASCANO	098-123-6801 / (05)-236-0616
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	1301478804	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2026	07	27
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 FEMENINA DE 75 AÑOS DE EDAD, APQ: DE LAS VISTAS, AA: NO REFIERE, ACUDE CON ANTECEDENTE DE ASMA CRÓNICA, QUE ACUDE A CONSULTA POR PERSISTENCIA Y REAGUDIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA EN LOS ÚLTIMOS MESES. REFIERE EPISODIOS FRECUENTES DE DISNEA, PRINCIPALMENTE CON EL ESFUERZO Y EN HORARIO NOCTURNO, SIBILANCIAS AUDIBLES, SENSACIÓN DE OPRESIÓN TORÁCICA Y FATIGA DURANTE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS. MANIFIESTA DESPERTARES NOCTURNOS POR DIFICULTAD RESPIRATORIA Y NECESIDAD DE UTILIZAR MEDICACIÓN DE RESCATE CON MAYOR FRECUENCIA, CON ALIVIO SOLO PARCIAL DE LOS SÍNTOMAS. REFIERE QUE LOS EPISODIOS SE DESENCADENAN O SE EXACERBAN CON CAMBIOS CLIMÁTICOS, EXPOSICIÓN A POLVO, HUMO, OLORES INTENSOS Y ESFUERZO FÍSICO, LIMITANDO SU CAPACIDAD FUNCIONAL Y AFECTANDO SU CALIDAD DE VIDA. NIEGA FIEBRE, EXPECTORACIÓN PURULENTO O DOLOR TORÁCICO DE CARACTERÍSTICAS ISQUÉMICAS. PACIENTE YA EN CONTROLES ANTERIORES CON ESPECIALISTA EN HNDC ACUDE PORQUE FUE AL HOSPITAL Y LE INDICARON QUE CAUDE A SOLICITAR UNA REFERENCIA PARA PODER SER ATENDIDA CON CONTROL SUBSECUENTE. PACIENTE COLABORATIVA AL INTERROGATORIO, ACTIVA. REACTIVA, AFEBRIL. 0981236801

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0981236801

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA MIXTA	J458		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-27	15:21	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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 clínico

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
2026-07-27	15:21	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	