

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	MOREIRA	NORMA AMARILIS	02	10	1949	76 años, 7 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302100209	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PICHINCHA y MANUEL DE JESUS ALVARESD	098-508-3308 / (26)-984-0087
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	1302100209	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	05	19
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 76 AÑOS DE EDAD APP: HTA, AUCDE AL CENTRO DE SALUD CON FAMILIAR QUIEN REFIERE QUE AL MOMENTO EL PACIENTE TIENE ANTECEDENTE DE ASMA PRESENTA CUADRO CARACTERIZADO POR TOS FRECUENTE Y EPISODIOS RECURRENTES DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE Y AHOGO EN DETERMINADOS MOMENTOS. MANIFIESTA DESPERTARES NOCTURNOS FRECUENTES DEBIDO A LA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, LO QUE ALTERA EL DESCANSO NOCTURNO. CUADRO SUGESTIVO DE DESCONTROL DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA DE BASE. SE CONSIDERA NECESARIA REFERENCIA A NEUMOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, ESTUDIO COMPLEMENTARIO Y AJUSTE DE MANEJO SEGÚN CRITERIO DEL ESPECIALISTA. 0985083308

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA, NO ESPECIFICADO	J459		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-19	14:37	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 clinico

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
2026-05-19	14:37	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

