

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	CAICEDO	FREDY ANTONIO	16	12	1961	64 años, 0 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303606527	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BELLAVISTA 1 y	095-880-0280 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1303606527	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2025	12	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	☐	RENUENTE A TTO CON TERAPIA COMBINADA B2/CORTICOIDE INHALADO	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON APP SINUSITIS Y MIGRAÑA Y PÓLIPOS NASALES HACE 10 AÑOS Y ASMA DEL MISMO TIEMPO DE EVOLUCIÓN, REFIERE DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS DESDE HACE UN AÑO Y USO OCASIONAL CON SALBUTAMOL. ADEMÁS TOS PRODUCTIVA OCASIONAL DEL MISMO TIEMPO DE EVOLUCIÓN NO SUDORACIÓN NOCTURNA NO PÉRDIDA DE PESO O FIEBRE PRUEBA DE ESPUTO NEGATIVA, PACIENTE MEJORA CON ATB E INHALADORES TIPO FORMOTEROL Y BUDESONIDA, MEJORA POR 2 MESES SUFRE NUEVA CRISIS ASMÁTICA AÚN CON MEDICACIÓN POR LO QUE SE ENVIA A NEUMOLOGÍA 0958800280.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA MIXTA	J458		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-19	14:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-12-19	14:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

