

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	ANA ESTRELLA	12	11	1961	63 años, 1 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304495656	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CORINA DEL PARRALES y SN	098-954-3935 /
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	1304495656	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	01	06
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

☐

ASMA

3. Resumen del cuadro clínico

Cedeño Zambrano Ana Glicemia en ayuna 158 mg/dl Paciente insulinorequiriente medicada con 10 ui sc am Y 4 UI SC, SE AUMENTA A 6 UI AM. se mantiene con simvastatina por RCV, no toma ningún oral por motivo de economía, así mismo controla EPISODIOS DE SIBILANCIAS CON BROMURO DE IPATROPIO Y PERIODO CORTO CON CORTICOIDE ORAL , SE RECETÒ ICS SIN EMBARGO NO HA PODIDO COMPRAR por *motivos econòmicos, SE AUSCULTA CAMPOS PULMONARES CON SIBILANCIAS BILATERALES MUY DISMINUIDAS A DIFERENCIA DE CONSULTA ANTERIOR, SE REFIERE A SEGUNDO NIVEL BAJO POSIBILIDAD DE DISPONIBILIDAD DE OTRA MEDICACIÓN CON LA QUE SE PUEDA AYUDAR A LA PACIENTE SIN QUE ESTA COMPRE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-06	09:40	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
2025-01-06	09:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	