

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	SOLORZANO	IVETTE LORENA	17	10	1967	58 años, 0 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305147181	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	X y	099-916-1613 /
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	1305147181	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2025	10	20
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 clínico

PACIENTE FEMENINA DE 58 AÑOS CON ANTECEDENTES PERSONALES DE ASMA BRONQUIAL, ACUDE POR CUADRO RESPIRATORIO DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA EN REPOSO, ESPECIALMENTE NOCTURNA, QUE NO CEDE COMPLETAMENTE CON LA ADMINISTRACIÓN DE 2 A 4 PUFF DE SALBUTAMOL. REFIERE ADEMÁS TOS SECA PAROXÍSTICA NOCTURNA, SENSACIÓN DE OPRESIÓN TORÁCICA Y ANSIEDAD DURANTE LAS CRISIS. NIEGA FIEBRE, EXPECTORACIÓN U OTROS SÍNTOMAS GENERALES. AL EXAMEN FÍSICO SE AUSCULTAN SIBILANCIAS ESPIRATORIAS BILATERALES, SIN OTROS HALLAZGOS RELEVANTES Y USO LEVE DE MUSCULATURA TORACICA. LA PACIENTE REFIERE QUE ESTOS EPISODIOS SON RECURRENTES, CON FRECUENCIA CRECIENTE Y Poca RESPUESTA AL TRATAMIENTO BRONCODILATADOR HABITUAL. ANTE LA PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS, LA REFRACTARIEDAD AL MANEJO INICIAL Y LA HISTORIA DE CUADROS REPETITIVOS, SE DECIDE REFERENCIA A CONSULTA ESPECIALIZADA EN NEUMOLOGÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL, AJUSTE TERAPÉUTICO Y ESTUDIO FUNCIONAL RESPIRATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON REFRACTARIEDAD A TRATAMIENTO HABITUAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-20	12:52	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

Firmado electrónicamente por:
**MAURO ALBERTO
ZAMBRANO BRAVO**
Validar únicamente con FirmaRC

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
2025-10-20	12:52	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

