

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres             | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MENDOZA          | MURILLO          | PLUTARCO BIENVENIDO | 18                  | 12  | 1952 | 73 años, 3 meses, 9 días | Hombre  |
|                  |                  |                     | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305170811        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | CALLE RICAURTE y X           | 096-759-9442 /      |
| 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                 | 1305170811      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neumología   |  | 2026  | 03  | 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 clínico

PACIENTE MASCULINO DE 73 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO Y SOLICITUD DE REFERENCIA A LA ESPECIALIDAD DE NEUMOLOGÍA. REFIERE ANTECEDENTE PATOLÓGICO DE ASMA EN SEGUIMIENTO POR ESTA ESPECIALIDAD. INDICA QUE, EN VALORACIÓN PREVIA POR NEUMOLOGÍA, SE LE RECOMENDÓ ACUDIR NUEVAMENTE A ESTA UNIDAD OPERATIVA PARA GESTIONAR NUEVO TURNO DE CONTROL, A FIN DE DAR CONTINUIDAD AL SEGUIMIENTO DE SU PATOLOGÍA DE BASE. PACIENTE HA COMPLETADO ESQUEMA DE TERAPIAS RESPIRATORIAS, POSTERIOR A LO CUAL REFIERE MEJORÍA CLÍNICA DE LA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA. SEGÚN INDICACIÓN DE DICHA ESPECIALIDAD, REQUIERE CONTROLES, EXÁMENES Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA VALORAR LA EVOLUCIÓN DE SU ENFERMEDAD DE BASE, DETERMINAR SU ESTADO FUNCIONAL RESPIRATORIO ACTUAL Y ESTABLECER SI EXISTE MEJORÍA CLÍNICA Y/O FUNCIONAL POSTERIOR AL MANEJO RECIBIDO. POR LO EXPUESTO, SE EMITE REFERENCIA A LA ESPECIALIDAD DE NEUMOLOGÍA PARA CONTINUIDAD DE SEGUIMIENTO, REVALORACIÓN INTEGRAL Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA TERAPÉUTICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE HA COMPLETADO ESQUEMA DE TERAPIAS RESPIRATORIAS, POSTERIOR A LO CUAL REFIERE MEJORÍA CLÍNICA DE LA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA.

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-27 | 08:07 | Medicina Rural | MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA | 1316516853 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-27 | 08:07 | Medicina Rural | MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA | 1316516853 |       |

