

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALAVARRIA	SUCHE	ROSA MERCEDES	13	03	1966	60 años, 0 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306183136	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	VIA CHONE y LEONARDO SALAVARRIA	099-101-8461 /
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	1306183136	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2026	03	13
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

USUARIO CON ANTECEDENTE DE ASMA ALERGICO ACUDE A VALORACION DE CAUDRO DE BASE CON DISNEA FUNCIONAL G2 MAS APNEA MAS TAQUIARDIA Y SATURACION DE 92%... AL EXAMEN FISICO SIBILANCIAS EN BASE MAS CREPITOS AÑADIDOS... ID. ASMA ALERGICA VS EPOC.... PLAN: NEBULIZACION CON DEXAMETASONA 4MG EN 2 ML DE CLNA0.9% + SALBUTAMOM SPRAY TERAPIA DE RESCATE CADA 20 MINUTOS EN 1 HORA... DX: SE SOLICITA STANDAR DE TORAX MAS SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA DE 2DO NIVEL DE ATENCION... REFERENCIA A HNDC

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE TORAX SOLCIITADA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA MIXTA	J458		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-13	09:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2026-03-13	09:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	