

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |               |                                                         |                |                                  |                   |      |                         |   |
|---------------------------------------|------------------|---------------|---------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------|-------------------|------|-------------------------|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |                  | UNICÓDIGO     | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                                | TIPOLOGIA      | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |      |                         |   |
| MSP                                   |                  | 1413          | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES                              | II             | 1306287291                       |                   |      |                         |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO |               | PRIMER NOMBRE                                           | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |
| VERA                                  | CEDEÑO           |               | ERIKA                                                   | LEACKNY        | F                                |                   |      | H                       | D |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |               | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN     |                                  |                   |      |                         |   |
| 0-983373450                           |                  |               |                                                         |                |                                  |                   |      |                         |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |               | MOTIVO                                                  |                |                                  |                   |      |                         |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA     | 1. Accesibilidad geográfica.                            |                |                                  |                   |      |                         |   |
| MANABI                                | FLAVIO ALFARO    | FLAVIO ALFARO | 2. Falta de espacio físico.                             |                |                                  |                   |      |                         |   |
|                                       |                  |               | 3. Falta de equipamiento.                               |                |                                  |                   |      |                         |   |
|                                       |                  |               | 4. Equipos en mal estado.                               |                |                                  |                   |      |                         |   |
|                                       |                  |               | 5. Problemas de infraestructura.                        |                |                                  |                   |      |                         |   |
|                                       |                  |               | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                |                                  |                   |      |                         |   |
|                                       |                  |               | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                |                                  |                   |      |                         |   |
|                                       |                  |               | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                |                                  |                   |      |                         |   |
|                                       |                  |               | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                |                                  |                   |      |                         |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |              |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     |                          | CONSULTA EXTERNA | NEUMOLOGÍA   |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE SEXO FEMENINO APP ALERGIA Y ASMA BRONQUIAL NO TRATADA . ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA QUE CEDE A CORTICOIDES INHALATORIOS Y INTRAVENOSO. DE MOMENTO REQUIERE VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD. EXAMEN FÍSICO AFEBRIL CABEZA SP CUELLO SP TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RITMICOS NORMOFONETICOS ABDOMEN DEPRESIVO NO DOLOR RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SPA. SIGNOS VITALES P/A 110/70MMHG. SAT 92 % AL AMBIENTE AL LLEGAR T36.8° RESP27 X MINUTO FC 107X.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR NEUMOLOGÍA.

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |       |     |     |    |     |     |     |
|------------------------------------|-------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE   | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1. ASMA BRONQUIAL NO ESPECIFICADA. | J45.9 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                 |       |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |       |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                          |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm)          | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 02/05/2026                            | 8am                      | RÓMULO        | MUÑOZ           | MOREIRA          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA                    |               | SELLO           |                  |
| 1312022369                            | Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA |               |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                         |           |                          |           |                                  |                   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |                          |          |                    |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                         |                          |          |                    |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|                                    |     |     |     |    |     |     |     |
|------------------------------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.                                 |     |     |     | 4. |     |     |     |
| 2.                                 |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |     |     |     | 6. |     |     |     |

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |