

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
IBARRA	VARGAS	ITALO IGNACIO	06	03	1967	58 años, 1 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306454933	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO COPETON y	098-727-3800 / (99)-999-9999
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	1306454933	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	05	01
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 DE 58 AÑOS DE EDAD APP HIPERTENSION ARTERIAL, ASMA BRONQUIAL, ACUDE EN COMPAÑIA DE HIJA, ACUDE POR REVISION DE RADIOGRAFIA POR CUADRO DE TOS CON FLEMA, PERDIDA DE PESO (42 LIBRAS APROXIMADAMENTE EN 2 MESES), DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SE OBSERVA PÉRDIDA DE MÚSCULO Y GRASA EN TORAX, CAMPOS PULMONARES PRESENCIA DE RONCUS EN BASE, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SONOROS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SEMIDOLOROSO, SE OBSERVA TORAX CAQUECTICO . PRUEBA DE GEN XPRT NEGATIVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBA DE GEN XPRT NEGATIVA. EN RADIOGRAFIA DE TORAZ SE EVIDENCIA PATRON NODULO INTERSTICIAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-05-01	08:20	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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 clínico

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
2025-05-01	08:20	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	