

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	BRAVO	MIGUEL ANGEL	01	09	1972	53 años, 5 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307049781	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL PARAISO y	093-951-1643 /
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	1307049781	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2026	02	03
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 53 AÑOS, PACIENTE REFIERE HACE 2 SEMANAS PRESENTO UN EPISODIO DE ASMA, ES TRATADO CON BROMURO DE IPATROPIO Y SALBUTAMOL, AL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO EL CP CON POCA VENTILACION SE ESCUCHA SILBILANCIAS, MV DISMINUIDO, RUIDO CARDIACOS PRESENTES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY ALTERACION EN PIEL Y FANERAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE MASCULINO DE 53 AÑOS, PACIENTE REFIERE HACE 2 SEMANAS PRESENTO UN EPISODIO DE ASMA, ES TRATADO CON BROMURO DE IPATROPIO Y SALBUTAMOL, AL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO EL CP CON POCA VENTILACION SE ESCUCHA SILBILANCIAS, MV DISMINUIDO, RUIDO CARDIACOS PRESENTES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY ALTERACION EN PIEL Y FANERAS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-03	14:45	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2026-02-03	14:45	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

