

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	ZAMBRANO	LUIS RAFAEL	20	09	1943	81 años, 3 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307329233	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	POR EL CUERPO DE BOMBERO AL FONDO CRUZANDO EL RIO y	098-432-1010 /
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	1307329233	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2025	01	15
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	☐	AS MA	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON ASMA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL MEDICADO CON LOSARTAN 100 MG Y AMLODIPINO 10 MG, CON FALTA DE ADHERENCIA AL TTO PARA ASMA (DX DESDE HACE 10 AÑOS), SE EXPLICÒ QUE DEBE USAR BETA2+ CORTICOIDES SIN EMBARGO NO HA TENIDO COMO NI A PREGUNTADO POR MEDICACIÓN, PARA ESTA CONSULTA LOGRA COMPRAR MEDICACIÓN, PACIENTE MEJORA NOTORIAMENTE ESTADOS DE TOS DE TRISEMANAL A UNA VEZ POR MES, NO TOS, A LA AUSCULTACIÓN DISCRETAS SIBILANCIAS EN CAMPO PULMONAR IZQUIERDO. 0998683439. AL MOMENTO SE MANTIENE CON B. IPRATROPIO ÚNICAMENTE. ÚNICO DISPONIBLE EN UNIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-15	09:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-15	09:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	