

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELIZ	TAPIA	JACINTA BENITA	08	03	1970	56 años, 2 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307890978	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JORGE GALLARDO y	099-068-0172 /
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	1307890978	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		2026	06	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 56 AÑOS DE EDAD, ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA APP HIPERTENSION ARTERIAL RECIBE TTO ILTUXAM (OLMESARTÁN Y AMLODIPINA) 40/5 mg, PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR (DISNEA) ACOMPAÑADO DE TOS NO PRODUCTIVA PERSISTENTE SE EXACERBA POR LAS NOCHES, CON EL CAMBIO DE CLIMA, OLORES FUERTES, EVOLUCION CRÓNICA, EN ESTOS ÚLTIMOS DÍAS EL CUADRO CLINICO HA AUMENTADO EN INTENSIDAD Y FRECUENCIA, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD, AL MOMENTO AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES PENDIENTES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-01	20:36	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

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
2026-06-01	20:36	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	