

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLEDISPA	SACON	CARMEN ROSA	25	12	1974	51 años, 1 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307980050	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA ARAY y	096-018-3969 /
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	1307980050	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	01	30
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 51 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO DIALITICO TRISEMANAL, QUIEN PRESENTA CRISIS ASMÁTICAS REPETITIVAS, SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO CON NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL ACUDE CON CONTRARREFERENCIA QUE INDICA SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGÍA. AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE SE REALIZA REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	J450		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-30	12:44	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-30	12:44	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	