

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FIGUEROA	ALUMEN	HILDA MARIA	05	03	1988	37 años, 11 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308333317	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	24 DE JULIO y AYACUCHO	095-899-0665 /
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	1308333317	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	02	23
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 CON TTO DE BROMURO DE IPRATROPIO MAS MONTELUKAS MAS LORATADINA ELLA TIENE UN DIAGNOSTICO DE ASMA ALERGICO Y RINITIS ALERGICO, LA PACIENTE SE ENCUENTRA ESTABLE NO HA TENIDO CRISIS DE ASMA PACIENTE CON ESPIROMETRIA ESTABLE CON PROCESO INFLAMATORIO POR LA CAUSA... EKG EJE A LA IZQUIERDA FRECUENCIA CARDIACA 98 RITMO SINUSAL SIN ALTERACION VISIBLE... MAPEO NORMAL... AHORA DOLOR EN PUNTO CISTICO PUNZANTE NO TIENE VESICULA Y AHORA TIENE ESE DOLOR...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL MEDICO DE SEGUIMIENTO...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	J450		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-23	12:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE 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 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
2026-02-23	12:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	