

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PULIDO	CHAVEZ	MONICA LORENA	16	08	1975	50 años, 6 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308643467	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN ANDRES y	099-387-0502 /
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	1308643467	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	03	13
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 FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: HIPOACUSIA PROGRESIVA MAS DE 10 AÑOS, TINNITUS PERMANENTE, MAREOS, CEFALEAS, HIPERTENSA, ASMA, RINITIS ALERGICA, DEPRESION. MEDICACIÓN: LORATADINA, LISINOPRIL , MOMATE , SALBUTAMOL, FLIXOTIDE. HABITOS : NO REFIERE. ALERGIAS : RESPIRATORIAS RESISTENCIA: NO REFIERE HABLA Y LENGUAJE: ESCUCHA, NO ENTIENDE. PROFESION: EJECUTIVA DEL HOGAR. ANTECEDENTE QUIRURGICO: LIGADURA, HISTERECTOMIA, OSTEOSINTESIS DE TIBIA ANTECEDENTES PATOLÓGICO FAMILIARES : HERMANA CON HIPOACUSIA, ACUDE A CONSULTA POR RETIRO DE MEDICACION Y REFIRIENDO QUE HACE VARIOS MESES AUN PRESENTA CRISIS RESPIRATORIAS Y DE TOS QUE PREVIAMENTE SIENDO TRATADA CON LA NEUMOLOGA. POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A NEUMOLOGIA PARA CONTINUAR CON TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/a

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	J450	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-13	11:07	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-03-13	11:07	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

