

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	BRENDA GISSELL	27	03	1998	27 años, 4 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310164130	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS NARANJOS 1 y	099-191-2526 /
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	1310164130	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	2025	07	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

PACT REFIERE CURSAR CON CUADRO DE ASMA BRONQUIAL CRONICO CONTROLADO CON VENTOLIN HACE AÑOS Y AHORA CON SALBULAMOL POR RAZONES NECESARIAS, HACE 2 AÑOS VIENE PRESENTANDO DOLOR EN HEMITORAX IZQUIERDO QUE SE HACE MAS INTENSO EN TORAX DORSAL Y SE SUELE IRRADIAR A ABDOMEN Y CUELLO. REFIERE ADICIONALMENTE QUE SE REALIZA RX EN EL IESS Y PRESENTO HALLAZNGO Q NO RECUERDA QUE ERA. REFIERE ADICIONALMENTE QUE SU MADRE Y SU ABUELA MATERNA FALLECIERON A CAUSA DE CA DE PULMON.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

IC CON NEUMOLOGIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-30	14:47	Medicina General	RONALD DAVID GONZALEZ PONCE	131070174	 FIRMA Firmado electrónicamente por: RONALD DAVID GONZALEZ PONCE 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
2025-07-30	14:47	Medicina General	RONALD DAVID GONZALEZ PONCE	131070174	