

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RENGIFO		SIMON FEDERICO	18	10	1943	81 años, 0 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310353402	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NO APLICA y	098-994-6764 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1310353402	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Neumología	2024	11	06
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 80 AÑOS, APP: ASMA BRONQUIAL EN TRATAMIENTO CON SALBUTAMOL 2 A 3 PUFF POR 2 O 3 VECES AL DIA, HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA. ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL MEDICO GENERAL Y REFIERE QUE EN OCASIONES TOS INTERMITENTE, FAMILIAR REFIERE QUE PRESENTO HACE 2 SEMANAS REAGUDIZACIÓN DEL ASMA Y SUELE SUCEDERLE, NO SE ENCUENTRA CONTROLADO. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO, AL EXAMEN FISICO: NO SE EVIDENCIAN PATOLOGIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON ASMA BRONQUIAL NO CONTROLADO QUE PRESENTA EPISODIOS AGUDOS EN MENOS DE 1 MES EN 2 OCASIONES, REQUIERE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-06	13:26	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2024-11-06	13:26	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	