

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MURILLO	PONCE	SILVIA FERNANDA	21	12	1983	41 años, 2 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311380495	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SANTA MARTHA y	095-950-5295 /
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	1311380495	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2025	03	07
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

☐

REFERENCIA INVERSA
PARA SEGUIMEINTO
DE NEUMOLOGIA

3. Resumen del cuadro clinico

FEMENINA DE 41 AÑOS, CON ANTECEDENTES CLINICOS DE OBESIDAD, DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN MAL CONTROL CON TRATAMIENTO CON INSULINA NPH 10 UI AM Y 5 PM + LINAGLIPTINA 5 MG QD, ANTECEDENTES DE HOSPITALIZACION POR 1 MES ABSESO COMPLICADO EN REGION DEL MUSLO IZQUIERDO CON NECESIDAD DE VARIAS LIMPIEZAS QUIRURGICAS, PACIENTE DURANTE HOSPITALIZACION PRESENTA CUADRO ASMATICO EN TRATAMIENTO POR NEUMOLOGIA CON SALBUTAMOL INHALADOR Y FLUTICASONA, PACIENTE ACUDE CON REFEFERENCIA INVERSA PARA NEUMOLOGIA POR SEGUIMEINTO DE PACIENTE // NUMERO TELEFONICO 0985118714

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION Y SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-07	09:12	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2025-03-07	09:12	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	