

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINO	MOREIRA	JOHANA VANESSA	16	07	1985	40 años, 4 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311821654	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ROCAFUERTE y JUAN MONTALVO	099-511-4710 / (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	1311821654	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2025	11	17
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 CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE PRESENTA EPISODIOS RECURRENTES DE DISNEA PERSISTENTE INCLUSO EN REPOSO, REFIRIENDO SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE, DESATURACIÓN Y PERCEPCIÓN DE OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA; SE LE REALIZAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, INCLUYENDO EKG Y MONITOREO HOLTER, LOS CUALES NO EVIDENCIAN ALTERACIONES RELEVANTES A PESAR DE LA CLÍNICA REPORTADA, MANEJADA CON CORTICOIDE Y BRONCODILATADORES SIN MEJORIA ALGUNA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO CON ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ANORMALIDADES DE LA RESPIRACION Y LAS NO ESPECIFICADAS	R068		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-17	08:14	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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