

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	MARCILLO	GEORGINA ALEXANDRA	09	05	1985	40 años, 10 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311822405	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CAMILO GILER y	099-194-9777 /
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	1311822405	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	11
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 40 AÑOS DE EDAD ACUDE A SU PRIMER CONTROL POSTPARTO POR CESÁREA DE 36.5 SEMANAS DE GESTACIÓN POR DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA DEL 70%, ANTECEDENTE DE LUPUS ERITEMATOSO Y ARTRITIS REUMATOIDEA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 5 AÑOS, EN TRATAMIENTO CON HIDROXICLOROQUINA 200 MG CADA DIA, Y PREDNISONA 10 MG DOS VECES A LA SEMANA, ANTECEDENTE DE ASMA DESDE LOS 18 AÑOS, PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGÍA DEBIDO A CRISIS ASMÁTICAS CON MAYOR FRECUANCIA (2 VECES AL AÑO), EN CONTACTO CON FACTORES QUE CAUSAN ALERGIA PESE A QUE SE LE INDICO EVITAR EXPOSICIÓN CON MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON CONTRARREFERENCIA PARA CONTROL POR NEUMOLOGIA. AL EXAMEN FÍSICO MURMULLO VESICULAR CONSERVADO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	J450		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-11	10:59	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MUENTES	1313700039	

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
2026-03-11	10:59	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MUENTES	1313700039	