

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AMERA	ALCIVAR	MARIUXI MAGDALENA	01	05	1983	42 años, 11 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312027921	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JULIO BARBERAN y	099-389-1784 /
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	1312027921	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	2026	04	20	
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 42 AÑOS DE EDAD, REFIERE QUE HACE 17 DÍAS PRESENTÓ CRISIS ASMÁTICA Y FUE ATENDIDA EN EL ÁREA DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA, LE APLICARON CORTICOIDES IV, 2 PUFF CADA 20 MINUTOS PRN, RX DE TORAX , OBSERVACIÓN 5 HORAS APROXIMADAMENTE, Y LE PRESCRIBIERON PARA SU DOMICILIO PREDNISONA QD POR LAS NOCHES + NEBULIZACIÓN , Y 2 PUFF DE SALBUTAMOL POR LAS NOCHES. ADEMÁS REFIERE QUE HACE UNA SEMANA CONTINUA CON EL MISMO CUADRO CLÍNICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, CAMPOS PULMONARES: PRESENCIA DE SIBILANCIAS EN BASES PULMONARES NECESITA VALORACIÓN Y CONDUCTA SEGUIR. AL MOMENTO AFEBRIL. SE APLICA FLIXOTIDE 125 MCG (2 PUFF) PRN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXÁMENES PENDIENTE, RX REPOSA EN (HNDC)

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-20	13:39	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO 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 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
2026-04-20	13:39	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	