

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOOR	JONATHAN ANTONIO	22	12	1992	33 años, 2 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312138314	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	COMUNA LA LOPEZ y	099-195-6644 / (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	1312138314	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	03	12
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 MASCULINO DE 33 AÑOS DE EDAD, CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL 75%, ACUDE EN COMPAÑIA DE LA HERMANA PARA CONTROL DE ECNT: DIABETES CON METFORMINA DE 500 MG QD SEGUN REFIERE HERMANA. REFIERE BUEN ESTADO DE SALUD, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, ASINTOMATICO. ADEMAS REQUIERE SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA POR LO QUE SOLICITA REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL Y SEGUIMIENTO ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO		RMA Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO Validar únicamente con FirmaEC
2026-03-12	15:40	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142		

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
2026-03-12	15:40	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	