

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	MACIAS	AGARDENIA MERCEDES	09	12	1974	51 años, 1 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	1312340928	MANABI	CHONE	CONVENTO	VIA ESCUELA ABDON CALDERON y VIA ESCUELA ABDON CALDERON	/ (34)-534-5252
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	1312340928	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2026	01	28
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 51 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA PEDIR SEGUIMIENTO POR AREA DE NEUMOLOGIA. PACIENTE CON APP: DE PSORIASIS . NEUMONIA GRAVE HACE 3 AÑOS+ RINITIS ALERGICA NO CONTROLADA. REFIERE TOS CRONICA. AL MOMENTO PACIENTE CON EXPECTORACION BLANQUECINA. REFIERE CUADROS CLINICOS INFECCIOSOS A REPETICION. PACIENTE QUE EN CADA VISITA CON NEUMOLOGIA MANTIENE SIBILANCIAS POR EL MAL APEGO AL TTO. Y ADEMAS EL ENTORNO EN EL QUE VIVE (CAMPO-CONVIVE CON ANIMALES - CASA MIXTA). TAC DE TORAX: SE EVIDENCIA MEDIASTINO ENSANCHADO. MAS GANGLIOS CALCIFICADOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

A LA AUSCULTACION: SIBILANCIAS Y RONCUS ESPIRATORIOS EN BASE PULMONAR HOY DIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	J450		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-28	12:11	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-01-28	12:11	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

