

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MURILLO	MOREIRA	GENESIS NICOLLE	05	10	1998	25 años, 11 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312715780	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ATAHUALPA PAEZ y 093-952-1287 / (05)-269-8742
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	1312715780	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Neumología	2024	09	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

REFIERE EPISODIOS DE DISNEA NOCTURNA , TAQUIPNEA, CONGESTION NASAL, DESDE HACE 2 AÑOS ,REFIERE APF DE ASMA ABUELA, INDICA ADEMAS FACTORES COMO POLVO Y HUMO, FRIO DE LA MAÑANA DESENCADENAS LA CRISIS, AL EXAMEN FISICO SIBILANCIA EXPIRATORIA EN VERTICE DEL CAMPO PULMONAR IZQUIERDO A NIVEL DE LINEA MEDIA AXILAR; A LA RADIOGRAFIA DE AGOSTO DEL 2024 PRESENCIA DE VELAMIENTO DE AMBOS CAMPOS PULMONARES A NIVEL DE BASES. FREMITO TORACO VOCAL AUMENTADO EN BASES PULMONARES. ACTUALMENTE PACIENTE EN CONGESTION NASAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELÉFONO 0939521287

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-11	11:13	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	

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
2024-09-11	11:13	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	