

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MURILLO	MOREIRA	GENESIS NICOLLE	05	10	1998	27 años, 4 meses, 21 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 NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	02	26
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 27 AÑOS DE EDAD, CON APP DE ASMA REFIERE QUE HACE 3 DIAS FUE ATENDIDA EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL (IESS) Y LUEGO FUE INGRESADA A ESA MISMA UNIDAD POR DIFICULTAD RESPIRATORIA LE APLICARON OXIGENOTERAPIA, UNA VIA IV CON SOLUCION, COMPLEJO B IM+ KETOROLACO 60 mg IM, INDICA QUE HACE UN AÑO TENIA SEGUIMIENTO CON LA NEUMOLOGA EN EL HNDC . ADEMAS INDICA PRESENTAR CONGESTIÓN NASAL CON DIFICULTAD PARA RESPIRAR - RONQUIDOS, DUERME CON LA BOCA ABIERTA. SA PLICA 2 PUFF C/12 HORAS DE PROPIANATO DE FUTICASONA (FLIXITIDE 250 MCG/DOSIS) ANTERIORMENTE USABA PUFF DE SALBUTAMOL. NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXÁMENES PENDIENTES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NAALES	J343	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-26	11:14	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
2026-02-26	11:14	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	