

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUADROS	ALVAREZ	ANDREA GABRIELA	13	10	1994	30 años, 9 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313050120	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AV AMAZONAS y	097-646-7979 / (05)-236-0267
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	1313050120	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2025	07	29
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 30 AÑOS DE EDAD, APP ASMA EN TTO CON SALBUTAMOL PRN, TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE EN TTO CON VORTIOXETINA 20MG, LAMOTRIGINA 100MG, QUETIAPINA 100MG. ACUDE POR CONTROL DE ENFERMEDADES DE BASE. REFIERE ÚLTIMA CRISIS ASMÁTICA HACE 2 NOCHES. NIEGA CONTROLES CON NEUMOLOGÍA. REFIERE PERSISTENCIA DE INESTABILIDAD EMOCIONAL A PESAR DE TRATAMIENTO. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, COLABORA CON ONTERROGATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO Y VALORACIÓN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	J450		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-29	11:36	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2025-07-29	11:36	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	