

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	ORTIZ	NATHALY NICOLLE	24	04	2002	24 años, 1 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313492066	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SANTA FE 2000 y	093-957-2397 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313492066	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2026	06	02
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 FEMENINA DE 24 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ASMA BRONQUIAL CRÓNICA, CON EXACERBACIONES RECURRENTES DESENCADENADAS POR CUADROS RESPIRATORIOS VIRALES, REQUIRIENDO MANEJO FRECUENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA CON SALBUTAMOL Y DEXAMETASONA. ÚLTIMA EXACERBACIÓN HACE UNA SEMANA. REFIERE LIMITACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DEBIDO A SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA RECURRENTE. NO HA MANTENIDO CONTROLES POR NEUMOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS. AL EXAMEN FÍSICO ACTUAL: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, EUPNEICO EN REPOSO, SATURANDO ADECUADAMENTE AL AIRE AMBIENTE. CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, SIN SIBILANCIAS NI ESTERTORES. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS RELEVANTES. SE REFIERE A NEUMOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DEL ASMA, REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SEGÚN CRITERIO Y AJUSTE DE TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-02	10:26	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-06-02	10:26	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

