

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GANCHOZO	ANDRADE	JENNIFER ESPERANZA	05	12	1992	32 años, 7 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314062314	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA	098-111-9858 /
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	1314062314	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2025	07	31
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 de 32 años, con antecedente personal patológico de asma desde la infancia, acude por presentar exacerbaciones asmáticas recurrentes en el último año, las cuales no responden adecuadamente a su tratamiento habitual de rescate con salbutamol e antihistamínicos, refiriendo además aumento en la frecuencia e intensidad de los episodios. Refiere que durante el último año ha desarrollado reacciones alérgicas tras la administración de dexametasona y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), lo que limita las opciones terapéuticas durante las crisis, generando un cuadro de difícil control y mayor riesgo de complicaciones respiratorias.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CRISIS REPETITIVAS DE ASMA QUE NO RESPONDEN A TRATAMIENTO HABITUAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA MIXTA	J458		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-31	09:41	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

