

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno <u>Quevedo</u>		Apellido materno <u>Zambrano</u>		Nombres <u>Juan David</u>		Fecha de Nacimiento <u>20/12/2010</u>		Edad <u>12</u>	Sexo <u>H</u>
Nacionalidad <u>Ecuatoriana</u>	País <u>Ecuador</u>	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte <u>1316324886</u>	Lugar de residencia actual <u>Manabí Chone</u>		Dirección Domicilio <u>Chone</u>		N° Telefónico <u>099 331 6214</u>		
Ver Instructivo	Describe País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular		

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema <u>HSP</u>	Hist. Clínica No. <u>1316324886</u>	Establecimiento de Salud <u>CS San Pablo</u>	Tipo <u>H</u>	Distrito/Área <u>13 Dot.</u>	
Refiere o Deriva a: <u>HSP</u>					
Entidad del sistema <u>HSP</u>	Establecimiento de Salud <u>HSP</u>	Servicio <u>Neumología</u>	Especialidad <u>Neumología</u>	Fecha <u>25/09/2024</u>	

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria 1 ☒
Ausencia temporal del profesio 2 ☐
Falta de profesional 3 ☒

Saturación de capacidad instalada 4 ☐
Otros /Especifique: 5 ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente de 13 años de edad, sexo hombre es traído a la consulta por parte de sus padres. El niño de larga data con diagnóstico de asma, no responde a los tratamientos, disnea, sibilancias que se exacerban con la exposición al polvo de cemento, por lo que se decide referir a la consulta de neumología.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1	<u>Asma, no especificado</u>	<u>J45.9</u>	<u>X</u>	
2				

Nombre del profesional: Dr. Eni López RodríguezCódigo MSP: 236Firma: Dr. Eni López RodríguezIII. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:					
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	Fecha	

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos					
4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados					

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados					
--	--	--	--	--	--

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico					
1		CIE-10	PRE	DEF	
2					

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

7. Referencia Justificada					
---------------------------	--	--	--	--	--

Nombre del profesional especialista: _____

Código MSP: _____

Firma: _____