

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	GUERRERO	NAYELY MARYLU	09	10	2001	23 años, 11 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	1316539251	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	BALZAR 3 y	097-886-1606 /
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	1316539251	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2025	09	25
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 23 AÑOS, APP: PREEMCLAPSIA. APF: MADRE: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, ABUELA MATERNA ELA+ HTA Y ABUELA PATERNA CANCER DE TIROIDES + HTA. ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR RINITIS ALERGICA + TOS PRODUCTIVA LEVE DE LARGA DATA DE EVOLUCION, EL CUAL MENCIONA QUE DESEA UNA VALORACION POR ESPECIALIDAD (NEUMOLOGIA). REFIERE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO PARA ALERGENIA SEGÚN ESPECIFICA (LORATADINA 10MG, ALERCET 10 MG + PARACETAMOL 1 GR), DESDE HACE 2 AÑOS APROXIMADAMENTE. A SU ULTIMO CONTROL AGREGA QUE HUBO LEVE MEJORIA CON LOS MEDICAMENTOS SIN EMBARGO LOS SINTOMAS PERSISTEN Y SE PRESENTAN CON MAS INTENSIDAD POR LAS NOCHES. ADEMAS REFIERE QUE HA REALIZADO TERAPIA RESPIRATORIA CON SALBUTAMOL INHALADOR. PACIENTE ACUDE POR PERSISTENCIA DE SINTOMAS RESPIRATORIOS QUE INTERFIEREN EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS. MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MUESTRA DE RX DE TORAX EN CONSULTA: SIMULA INFILTRADOS BIBASALES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	J304	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-25	09:10	Medicina Rural	JEAN PIERRE CABALLERO PALMA	1314743004	

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
2025-09-25	09:10	Medicina Rural	JEAN PIERRE CABALLERO PALMA	1314743004	

