

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	SANTANA	JEFFERSON FERNANDO	08	05	2001	24 años, 7 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350648034	MANABI	CHONE	BOYACA	BARRIO BUENOS AIRES y SN	093-934-8924 /
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	1350648034	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2025	12	15
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 24 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL 41% ACUDE AL CENTRO DE SALUD ACOMPAÑADO DESU REPRESENTANTE EL CUAL REFIERE CUADRO DE AHOGO, DISNEA DE MINIMOS ESFUERZOS. REFIERE ANTECEDENTE DE ALERGIA A CLIMAS FRIOS CON TRATAMIENTO DE BASE, SIN EMABRGO, REFIERE QUE ULTIMAMENTE NO ESTÁ HACIENDO EFECTO (LORATADINA 10 MG + MONTELUKAST 10MG). AL EXAMEN FISICO SE AUSCULTA SIBILANCIAS AMBOS CAMPOS PULMONARES, PREDOMINIO EN BASES, DIFICULTAD PARA INSPIRAR. DEBIDO A LA RESISTENCIA DEL TRATAMIENTO ACTUAL, SE REALIZA REFERENCIA PARA NEUMOLOGIA PARA MANEJO Y POSTERIOR TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO: 0939348924

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-15	18:15	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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
2025-12-15	18:15	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	