

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MACIAS	GUILLERMO ALEJANDRO	18	08	2013	11 años, 5 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350945703	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	CUCUY y NA	099-751-0485 /
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	1350945703	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	02	13
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 ADOLESCENTE MASCULINO DE 11 AÑOS CON APP: ASMA EN ESTUDIO DESDE LOS 8 AÑOS. APF: MADRE CON DIABETES PERSISTENTE POSTERIOR A DIABETES GESTACIONAL E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PADRE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. AQX. NO REFIERE. PACIENTE ACUDE ACOMPAÑADO DE SU MADRE QUIEN REFIERE QUE DESDE HACE VARIOS MESES PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR ESTORNUDOS PERSISTENTES QUE SE ACOMPAÑAN CON ABUNDANTE RINORREA Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR QUE MUCHAS VECES REQUIERE DE OXIGENOTERAPIA. ESTOS SINTOMAS SON PREDOMINANTES EN PRIMERAS HORAS DEL DÍA Y EN LA NOCHE. MADRE REFIERE QUE ACTUALMENTE PACIENTE ESTÁ EN ESTUDIO SOBRE ALERGIA. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ACTIVO/REACTIVO COLABORADOR CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: IgE: 435 UI/ML

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-13	23:06	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

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
2025-02-13	23:06	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

