

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	PEÑA	IRVIN NAHIN	09	05	2011	15 años, 1 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351280019	MANABI	CHONE	SANTA RITA	NARCISO y	096-852-5435 /
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	1351280019	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2026	07	07
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 masculino de 15 años de edad que acude a consulta en compañía de sus padres. Como antecedentes personales patológicos presenta asma, rinitis alérgica y dermatitis, con tratamiento previo. Acude solicitando referencia al servicio de Neumología para valoración especializada y continuidad de manejo. Anamnesis: Padres refieren antecedente de asma en seguimiento, asociado a rinitis alérgica y dermatitis atópica, con tratamiento farmacológico previo. Solicitan valoración por Neumología para reevaluación clínica, optimización del tratamiento y seguimiento especializado. Al momento de la consulta paciente niega disnea, fiebre, dolor torácico, cianosis o crisis asmática aguda. Antecedentes personales patológicos: Asma. Rinitis alérgica. Dermatitis atópica. Tamizaje de violencia (Formulario 051): Se realiza tamizaje de violencia física, psicológica, sexual y patrimonial al paciente y sus representantes, sin hallazgos positivos durante la atención.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION Y SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-07	13:59	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO	1312946617	

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
2026-07-07	13:59	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO	1312946617	

