

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| DELGADO          | ANDRADE          | JEREMIS FERNANDO | 12                  | 03  | 2013 | 12 años, 5 meses, 22 días | Hombre  |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                     | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|-------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1351414972        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CALLE JHON GREY y SAN ANTONIO | 099-735-9337 /       |
| 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                 | 1351414972      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Pediatría    | 2025  | 09  | 03  |
| 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 ☐

PACIENTE CON ASMA Y TRISOMIA 21

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON APP DE ASMA Y RECIENE EDEAWMA PULMONAR INGRESADO EN QUITO CON PERIODOS DE DESATURACIÓN HASTA 42%, AL ALTA VOLUNTARIA PRESENTÒ FIEBRE CON TOS NO PRODUCTIVA Y DISNEA Y VÓMITOS EN ALGUNA OCASIONES CON CONTENIDO HEMÁTICO, MEJORA CON CLARITROMICINA ADMINISTRADA POR MEDICINA GENERAL, SIN EMBARGO PERSISTE TOS. SE ENVÍA A SEGUNDO NIVEL SOBRE TODO AL TRATARSE DE PACIENTE CON TRISOMÍA 21 Y PACIENTE PRIORITARIO 0997359337

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ADJUNTA RX

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
| ASMA MIXTA  | J458   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-09-03 | 09:57 | Medicina Familiar Y Comunitaria | IRVING ISRAEL BUITRON NIETO | 1009-14-1292330 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-09-03 | 09:57 | Medicina Familiar Y Comunitaria | IRVING ISRAEL BUITRON NIETO | 1009-14-1292330 |       |

