

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1351710064		1351710064						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MINALLA		LOOR		ESTEBAN		JOHAN	M	2011-12-11	14	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0969973200 - 0989890757		MSP		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO						
				2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.						
				3. Falta de equipamiento.			7. Insuficiencia de profesionales.						
				4. Equipos en mal estado.			8. Inadecuada capacidad resolutive						
				5. Problemas de infraestructura.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA									
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA	CONSULTA EXTERNA	NEUMOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 14 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE ASMA BRONQUIAL DIAGNOSTICADA DESDE LA INFANCIA, ACTUALMENTE SIN TRATAMIENTO Y SIN SEGUIMIENTO. REFIERE QUE LA ÚLTIMA CRISIS ASMÁTICA FUE HACE APROXIMADAMENTE 2 MESES. DURANTE LAS CRISIS UTILIZA SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 2 HORAS, SIN PLAN DE ACCIÓN FORMAL ESTABLECIDO. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR MALESTAR GENERAL, FIEBRE NO CUANTIFICADA, CEFALEA, CONGESTIÓN NASAL TIPO GRIPAL, TOS PRODUCTIVA Y DOLOR TORÁCICO. AL MOMENTO SE ENCUENTRA AFEBRIL. AL INTERROGATORIO DIRIGIDO, REFIERE QUE SI PRESENTA DESPERTARES NOCTURNOS CON SENSACIÓN DE AHOGO, ANTECEDENTE DE HABER ACUDIDO A EMERGENCIAS POR CRISIS ASMÁTICAS, ALERGIA AL POLVO, Y LIMITACIÓN PARCIAL PARA REALIZAR EJERCICIO, YA QUE DEBE DETENERSE POR SENSACIÓN DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Y LUEGO PUEDE CONTINUAR. REFIERE ESQUEMA DE VACUNAS AL DÍA Y APLICACIÓN DE VACUNA CONTRA INFLUENZA EN ENERO. AL EXAMEN FÍSICO RESPIRATORIO SE AUSCULTAN RONCUS Y SIBILANCIAS LEVES BILATERALES SIN DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA AL MOMENTO. SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD + TRATAMIENTO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NA

E. DIAGNÓSTICO

	PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ASMA, NO ESPECIFICADO		J459		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-27	11:00:00	JOSSENKA	PINCAY	BENAVIDES
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1314513027				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO

SNS-MSP/ICU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA