

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	FIGUEROA	JONATHAN IKER	31	05	2016	9 años, 7 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352360448	MANABI	CHONE	RICAUARTE	CALLE 116 y AVENIDA 111	098-681-9021 /
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	1352360448	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	12	30
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 9 AÑOS CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE ASMA, SIN TRATAMIENTO PREVIO, QUIEN REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN POR 2 DÍAS EN EL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA (ALTA EL 25/12/2025), ACUDE A CONTROL POST-ALTA ACOMPAÑADO POR SU ABUELA; AL MOMENTO SE ENCUENTRA CLÍNICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN TIRAJE INTERCOSTAL, SIN CIANOSIS, COLABORADOR DURANTE LA ENTREVISTA Y EXAMEN FÍSICO. SEGÚN REFERENCIA DEL CUIDADOR Y REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA, TIENE ANTECEDENTE CRÓNICO DE TOS ESPORÁDICA, EPISODIOS RECURRENTE DE RINOFARINGITIS AGUDA, ALERGIAS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS INTERMITENTES, SIN DIAGNÓSTICO CONFIRMADO NI MANEJO ESTANDARIZADO PREVIO A SU HOSPITALIZACIÓN. ANTECEDENTE FAMILIAR POSITIVO DE ASMA (PADRE Y ABUELA PATERNA). AL EXAMEN FÍSICO SE REGISTRA DESVIACIÓN DE -2D EN LA CURVA DE TALLA PARA LA EDAD, TÓRAX EXPANSIBLE, SIN USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS, Y AUSCULTACIÓN PULMONAR CON SIBILANCIAS BILATERALES EN FASE ESPIRATORIA. DADO EL DIAGNÓSTICO RECIENTE, EL ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN, LA PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS RESIDUALES Y LA DESVIACIÓN EN CURVA DE TALLA, SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN PARA MANEJO INTEGRAL, CONFIRMAR DIAGNÓSTICO, AJUSTE DE MANEJO FARMACOLÓGICO, ASÍ COMO EVALUAR FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CRECIMIENTO Y AL CONTROL DE LA ENFERMEDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: LEUCOCITOS 16.87 LINFOCITOS 7.05% NEUTRÓFILOS 83.96% MONOCITOS 1.66% EOSINÓFILOS 7.43%
HEMOGLOBINA 14.7 HEMATOCRITO 39.8 PLAQUETAS 383 CREATININA: 0.54 GLUCOSA: 115.30 RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX TÓRAX:
AUMENTO DE LA TRAMA VASCULAR CON LEVES INFILTRADOS PARAHILARES UREA: 37.99 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
ESTABLECIDO: MOMETASONA 50 MCG EN CADA FOSA NASAL CADA 24 HORAS / SALBUTAMOL 200 MICROGRAMOS PRN CADA 4 - 6
HORAS EN CASOS DE EXACERBACIONES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	J450	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-30	01:12	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2025-12-30	01:12	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	