

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VELIZ	JOSHUA RENE	03	06	2016	9 años, 2 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352363947	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	DOS BOCAS y	098-745-8745 /
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	1352363947	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	08	19
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 DE 9 AÑOS, CON APP: ASMA , APF: HTA (MAMA), ACUDE CON MADRE QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CRISIS ASMATICAS FRECUENTES, ULTIMA CRISIS HACE UNA SEMANA. TAMBIEN REFIERE REFIERE POLAQUIURIA DE DOS MESES DE EVOLUCIÓN, ACUDE CON UROANALISIS DEL 16/08/2025 QUE REPORTA: HB: POSITIVO, HEMATIES 6 X CAMPO, PROTEINAS NEGATIVO, RESTO DE EXAMEN NO PATOLOGICO. AL EXAMEN FISICO, NO SE EVIDENCIA EDEMA EN CARA NI MIEMBROS, A LA AUSCULTACIÓN PULMONAR NO RUIDOS PATOLOGICOS, NO SIBILANCIAS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO, ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CRISIS ASMATICAS RECURRENTES. NUMERO: 0969415797

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-19	14:03	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-08-19	14:03	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	