

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TALLEDO	ROSALES	JOSE MANUEL	15	03	2017	7 años, 10 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352560476	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LAS MERCEDES y S	097-926-3467 /
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	1352560476	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	02	13
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	☐	CRISIS ASMATICA	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE PEDIATRICO DE 7 AÑOS DE EDAD, CON APP DE ASMA DIAGNOSTICADO DESDE DE LOS 3 AÑOS DE EDAD. ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUIEN REFIERE QUE EL 31/12/2024 FUE HOSPITALIZADO EN EL HOSPITAL DE CHONE POR CRISIS ASMATICA GRAVE, POSTERIOR A SU ALTA LE PRESCRIBIERON SALBUTAMOL 1 PUFF CADA 12H TODOS LOS DIAS. ACTUALMENTE NO HA PRESENTADO EXACERBACIONES. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO,ORIENTADO. NO REFIERE SINTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-13	14:36	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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 clínico

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
2025-02-13	14:36	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	