

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	NEVAREZ	ARUNA SAZA	14	07	2018	6 años, 3 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352915084	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA PIÑUELA y	999-999-9999 /
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	1352915084	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	10	28
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 ☐ SEGUIMIENTO.

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente con app de Sibilancias recurrentes desde los 6 meses de edad refiere crisis en los últimos 60 días de hasta 20 días. Actualmente mamá refiere alza térmica cuantificadas de hasta 40 grados, nocturnas de hasta 3 vcs por semana desde hace 3 meses. Además informa sobre mialgias en miembros inferiores y manos. Laboratorio 6000 Hb 13.9 HTC 40.1 Glucosa 88 Colesterol 157 Triglicéridos 72 Ácido úrico 6.70 Urea 31 Creatinina 0.43 Alt 23 Asta 42 Asto 250 Fr látex 6.0 Peso 19.5 Talla 114.8 Se médica con b2 + corticoides inhalado. Se deriva a pediatría 0978658591 (isasku Nevarez)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Laboratorio 6000 Hb 13.9 HTC 40.1 Glucosa 88 Colesterol 157 Triglicéridos 72 Ácido úrico 6.70 Urea 31 Creatinina 0.43 Alt 23 Asta 42 Asto 250 Fr látex 6.0 Peso 19.5 Talla 114.8

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-28	16:13	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
2024-10-28	16:13	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	