

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		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE		B	1352936395		1352936395					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
CHUNGA		RIVERA		CARLOS		DARIEL		H	11/08/2018	7	H	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN					
0939990002/ 0982419869		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					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL													
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA									
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA C		CONSULTA EXTERNA		NEUMOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE ESCOLAR DE 7 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE PERSONAL PATOLÓGICO DE ASMA BRONQUIAL, ACUDE A CONTROL. MADRE REFIERE QUE LA ÚLTIMA CRISIS ASMÁTICA OCURRIÓ HACE 1 AÑO, SIN EPISODIOS RECIENTES DE DISNEA, SIBILANCIAS NI TOS NOCTURNA. ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS NASALES CARACTERIZADOS POR CONGESTIÓN Y RINORREA, SUGESTIVOS DE RINITIS ALÉRGICA.PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ACTIVO, AFEBRIL. SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES PARA LA EDAD. FOSAS NASALES: CONGESTIÓN LEVE. OROFARINGE: SIN ALTERACIONES. TÓRAX: SIMÉTRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD. PULMONES: MURMULLO VESICULAR CON-SERVADO, SIN SIBILANCIAS NI RUIDOS AGREGADOS. CARDIOPULMONAR SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS. RESTO DEL EXAMEN SIN ALTERACIONES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE* PRESUNTIVO DEF** DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ASMA, NO ESPECIFICADO	J459		X	4.			
2.	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	J304		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
27/04/2026	10:00:00	VALERIA		SALAZAR		MONTESEDECA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1311949299							

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		O	
------------------------	----	--	----	--	------------------------	----	--	---	--

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. DIAGNOSTICO

	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	