

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MERA	SAMANTHA SARAHY	16	05	2019	6 años, 10 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353157827	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE FLORIDA y X	098-334-5606 /
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	1353157827	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	04	10
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 FEMENINA DE 6 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADA DE FAMILIAR POR ANTECEDENTE DE ASMA BRONQUIAL. FAMILIAR REFIERE QUE LA PACIENTE NO HA SIDO VALORADA POR PEDIATRÍA DESDE HACE VARIOS MESES. MANIFIESTA QUE EN EL MES DE MARZO HA PRESENTADO MAYOR FRECUENCIA DE CRISIS RESPIRATORIAS COMPATIBLES CON SU ENFERMEDAD DE BASE, MOTIVO POR EL CUAL ACUDE PARA VALORACIÓN MÉDICA. NIEGA FIEBRE, VÓMITOS U OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE SE ENCUENTRA AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, EN BUEN ESTADO GENERAL Y SIN SIGNOS DE ALARMA. POR ANTECEDENTE DE ASMA Y AUMENTO DE FRECUENCIA DE CRISIS EN EL MES DE MARZO, SE CONSIDERA REFERENCIA A PEDIATRÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y AJUSTE DE MANEJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AUMENTO DE FRECUENCIA DE CRISIS EN EL MES DE MARZO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-10	11:47	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

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
2026-04-10	11:47	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

