

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLALVA	RIVAS	ETHAN NIKOLAY	10	12	2020	4 años, 9 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353528241	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LOMAS DEL CALVARIO y	099-033-9497 / (93)-905-8186
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	1353528241	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	09	23
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 MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD REFIRIENDO UN CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 2 MESES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR TOS CON FLEMA Y RINORREA. LA MADRE REFIERE QUE DURANTE ESTE PERÍODO EL PACIENTE HA RECIBIDO VARIAS MEDICACIONES SIN MEJORÍA. AL EXAMEN FÍSICO, SE OBSERVAN CAMPOS PULMONARES CON SIGNOS DE OBSTRUCCIÓN. CELULAR: 0939058185
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: LABORATORIO : 22/09/25 // HEMOGLOBINA: 11.50 / HEMATOCRITO 11.50 // PLAQUETAS: 441 // LEUCOCITOS: 10.46 // NEUTROFILOS 6.77 // LINFOCITOS ABSOLUTOS 2.40 //

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-23	10:30	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

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
2025-09-23	10:30	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	