

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARAÑON	BARBERAN	JOSE ANDRES	02	10	2002	23 años, 5 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	1500810641	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y	096-999-0062 /
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	1500810641	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2026	03	31
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 MASCULINO 23 AÑOS CON ATECEDENTE DE ASMA BRONQUIAL DESDE LA INFANCIA, PRESENTO 1 EPISODIO HACE 5 DIAS Y VOLVIO A PRESENTAR OTRO EPISODIO DE ASMA HACE 1 SEMANA POSTERIOR A AMANECER CON RINITIS, AL EXAMEN FISICO CP CON SIBILANCIAS EN AMBAS BASES PULMONARES, CP POCOS VENTILADOS, NIEGA TOS, NIEGA FIEBRE O DOLOR TORAXICO, RC FUERTE, RITMICO SIN RUIDOS AGREGADO, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE MASCULINO 23 AÑOS CON ATECEDENTE DE ASMA BRONQUIAL DESDE LA INFANCIA, PRESENTO 1 EPISODIO HACE 5 DIAS Y VOLVIO A PRESENTAR OTRO EPISODIO DE ASMA HACE 1 SEMANA POSTERIOR A AMANECER CON RINITIS, AL EXAMEN FISICO CP CON SIBILANCIAS EN AMBAS BASES PULMONARES, CP POCOS VENTILADOS, NIEGA TOS, NIEGA FIEBRE O DOLOR TORAXICO, RC FUERTE, RITMICO SIN RUIDOS AGREGADO, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	J450	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-31	10:36	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2026-03-31	10:36	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

