

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	ZAMBRANO	BLANCA NIEVE	14	08	1957	67 años, 6 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1706242441	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	9 DE OCTUBRE y	098-102-7255 /
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	1706242441	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Neumología	2025	02	19	
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 67 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ASMA BRONQUIAL ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VARIOS DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DISNEA, SIBILANCIAS, TOS CON EXPECTORACION VERDUZCA, PACIENTE INDICA EPISODIOS ASMATICOS RECURRENTES EN LOS ULTIMOS 3 MESES, REFIERE QUE HA ESTADO EN TRATAMIENTO MEDIANTE MEDICO PARTICULAR, REQUIERE SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ESPECIALISTA DEBIDO A LA FALTA DE CONTROL DE SU ENFERMEDAD. AL EXAMEN FISICO: RSCS RITMICOS, TAQUICARDICA, CSPS VENTILADOS, SE EVIDENCIA AGREGADOS SIBILANTES Y CREPITANTES, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, GENITALES NORMALES, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-19	13:17	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2025-02-19	13:17	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	