

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAPA	CORTEZ	MARIA ISABEL	01	02	1973	51 años, 8 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1717024259	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	OE10G y S46A	095-909-3328 /
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	1717024259	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	2024	10	04
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

indica que hace dos semanas tuvo crisis de asma bronquial , se realizo exámenes que requiere control, indica que las crisis agudas de disnea y dificultad para respirar son cada 5 minutos, que realiza tratamiento ambulatorio cada seis y ocho horas dos puff, indica que nunca ha realizado control neumològico.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: glucosa 122, acido urico 6.40, urea 36, creatinina 0.66, tgo 20, tgp 22 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: leucocitos 8420, hematies 4920000, hb13.3 hto 39, plaquetas 271000 basofilos 0.03 eosinofilos 2.34 OTROS ANALISIS: enzimas NT-pro BNP 11.o referencia 106.8 ng/L PRUEBAS ESPECIALES: PH 7.37, PO2 89, PCO2 35.5, Sodio 145, potasio 3.50, calcio 1.17, glucosa 7.20, lactato 3.10, So2 99.2%,HCo3- 22.1, temp37, %FIO2 30

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-04	09:57	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	 Firmado electrónicamente por JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ

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
2024-10-04	09:57	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	