

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMORA	ZAMBRANO	KARINA ALEJANDRA	04	06	1988	36 años, 8 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1719425694	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	098-577-4016 /
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	1719425694	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2025	02	12
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 DE 36 AÑOS, APP: ASMA BRONQUIAL CON ALERGIA DOMINANTE, APF: HTA (MAMA). PACIENTE QUE ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR RIGIDEZ MATUTINA Y ARTRALGIAS DE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN, REFIERE SINTOMAS HAN EMPEORADO EN LAS ULTIMAS SEMANAS. ADEMAS REFIERE CRISIS ASMÁTICAS A REPETICIÓN EN LAS ULTIMAS SEMANAS, REFIERE ULTIMA CRISIS ASMÁTICA HACE 4 DÍAS, EN LA CUAL ACUDIÓ A INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA CUAL TUVO MEJORA DE SÍNTOMAS, AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA CHASQUIDO Y DOLOR EN ARTICULACION DE RODILLA DERECHA AL MOVIMIENTO. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA, REACTIVA, SIN OTRA SINTOMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON CRISIS ASMÁTICA A REPETICIÓN NUMERO DE TELEFONO: 0988994731

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-12	11:15	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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 clínico

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
2025-02-12	11:15	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	