

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUJE	MUÑOZ	GINETH FERNANDA	07	06	2009	16 años, 2 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1728969625	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVENIDA MARCOS ARAY DUEÑAS y	099-372-0481 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1728969625	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neumología	2025	09	04
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

FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, APP: ASMA. ACUDE POR CUADRO DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR TOS SECA RECURRENTE QUE SE EMPEORA EN HORAS DE LA TARDE, ADEMÁS REFIERE QUE PRESENTA CUADRO DE DOLOR EN ZONA DE PECHO DERECHO. PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENCIA ALERGIAS A DIFERENTES AGENTES COMO COLORANTES, CAMARON, CANGREJOS, PRODUCTOS DE LIMPIEZA. REFIERE QUE SUS CUADROS HAN EMPEORADO EN LOS ÚLTIMOS MESES, HACE 3 DÍAS PRESENTO UN CUADRO DE ANAFILAXIA POR ALIMENTO AL CUAL NO SABIA QUE ERA ALERGICA Y QUE LA LLEVO A EMERGENCIA. HACE 2 MESES PRESENTÓ CUADRO DE ASMA EL CUAL NO CEDIÓ A TRATAMIENTO CONVENCIONAL CON SALBUTAMOL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ALERGOLOGO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA MIXTA	J458		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-04	15:36	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

