

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CACERES	ZAPATA	JOSE DAVID	12	03	1995	30 años, 6 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2300377542	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	095-868-3141 /
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	2300377542	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	09	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	☐	ESPIROMETRÍA.	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON APP DE RINITIS ALÉRGICA CUADRO CLÍNICO DE DOS AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS, NO TOLERA EL DECÚBITO. DUERMA CON 2 ALMOHADAS, TOS ESPORÁDICA, HACE UN AÑO MEJORA CON ANTIALÉRGICOS, MUCOLPÍTICOS Y ATB RECETADO POR NEUMOLOGÍA PRIVADA, SIN EMBARGO ACUDE A CONSULTA ESTA VEZ POR EXACERBACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA, AL EXAMEN FÍSICO SIBILANCIAS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SOBRE TODO EL IZQUIERDO. 0958683141. ADEMÁS MANIFIESTA DISTENCIÓN ABDOMINAL CON FLATULENCIA ABUNDANTE DE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO SIBILANCIAS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SOBRE TODO IZQUIERDO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-19	09:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-09-19	09:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	