

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACOSTA	VELEZ	JUSTIN JOSUE	14	07	2012	13 años, 1 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	2350407785	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CAPILLA DE ÑAUSE y	099-780-7781 /
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	2350407785	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2025	08	21
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 MASCULINO DE 13 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE CONOCIDO DE ASMA BRONQUIAL, ACTUALMENTE EN SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL. REFIERE EPISODIOS RECURRENTES DE TOS SECA, DISNEA Y SIBILANCIAS DESENCADENADOS POR EJERCICIO Y CAMBIOS DE CLIMA. HA REQUERIDO USO DE BRONCODILATADORES DE RESCATE EN VARIAS OCASIONES DURANTE EL ÚLTIMO MES. EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE Y ORIENTADO. SIGNOS VITALES DENTRO DE LÍMITES NORMALES. A LA AUSCULTACIÓN PULMONAR SE DETECTAN SIBILANCIAS ESPIRATORIAS DISPERSAS. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA EN ESTE MOMENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

A LA AUSCULTACIÓN PULMONAR SE DETECTAN SIBILANCIAS ESPIRATORIAS DISPERSAS. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-21	15:14	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-08-21	15:14	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

