

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERGARA		ROMAN		ALEJANDRA ISABELLA		08	10	2013	11	M
						dia	mes	año	d-m-a	H/M
Nacionalidad	Pais	Cedula de Ciudadania o Pasaporte	Lugar			Direccion Domiciliaria			N° Telefonico	
Ecuatoriana	Ecuador	3050263940	13	1311	131150	SAN SEBASTIAN			0982079338 - 0969144417	
Ver instructivo	Describir Pais	Cedula diez digitos	Provincia	Canton	Parroquia				convencional/celular	

II. REFERENCIA: 1[X] DERIVACION: 2[]

1. Datos Institucionales										
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		
MSP		3050263940		SAN SEBASTIAN		CS		13D08		
Refiere o Deriva a:										
MSP		Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova		Consulta Externa		Neumología		13	12	2024
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Servicio		Especialidad		Dia	Mes	Año
2. Motivo de la Referencia o Derivacion:										
Limitada capacidad resolutiva		1	☒	Saturacion de capacidad insta		4	☐			
Ausencia temporal del profesion		2	☐	Otros / Especifique:		5	☐			
Falta de profesional		3	☐	Null						
3. Resumen del cuadro clinico										
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SMA BRONQUIAL DESCOMPENSADA A PESAR DE RECIBIR TRATAMIENTO CON SALBUTAMOL SPRAY + RINITIS ALERGICA + RASH CUTANEO GENERALIZADO EN TRATAMIENTO CON ANTIHISTAMINICOS E INHIBIDORES DE LEUCOTRIENOS SIN MEJORIA DE CUADRO PESE A TRATAMIENTO, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR NEUMOLOGIA PARA SOLICITUD DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS.										
4. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos										
PENDIENTES A REALIZAR										
5. Diagnostico										
						CIE-10	PRE	DEF		
1	Asma,No Especificado					J459		X		
2	Rinitis Alergica No Especificada					J304		X		
Nombre del Profesional: Pablo Vergara						Codigo MSP: 1312051574		Firma: Dr. Vergara Candela Pablo Andrés		

III. CONTRAREFERENCIA: 3[] REFERENCIA INVERSA: 4[]

1. Datos Institucionales													
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Servicio		Especialidad del servicio			
Contrareferiero o Referencia inversa a:										Fecha			
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		Dia		Mes		Año	
2. Resumen del cuadro clinico													
3. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos													
4. Tratamiento y procedimientos terapeuticos realizados													
5. Diagnosticos de la Contrareferencia o Referencia Inversa													
						CIE-10	PRE	DEF					
1													
2													
6. Tratamiento de recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad													
Nombre del profesional especialista: _____Codigo MSP: _____Firma: _____													
MSP/DNEAIS/form.053													
7. Referencia Justificada													