

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MECIAS	VARGAS	ROSA ESTELA	18	07	1999	26 años, 8 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0955212121	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL AGUILA y EL AGUILA	099-134-3862 / (00)-000-0000
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	0955212121	SAN PEDRO DE ATASCOSO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	04	08
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 SEXO FEMENINO DE 28 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA, QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CRÓNICO DE MÁS DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EPISODIOS DE CEFALEA DE TIPO PULSÁTIL, INTENSIDAD MODERADA A SEVERA, DE LOCALIZACIÓN HOLOCRAEANA CON PREDOMINIO EN HEMICRÁNEO DERECHO Y REGIÓN OCCIPITAL, ASOCIADA A FOTOFONOFIA. REFIERE QUE EL DÍA PREVIO PRESENTÓ EPISODIO DE CEFALEA INTENSA ACOMPAÑADO DE SÍNCOPE CON PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA DE APROXIMADAMENTE 10 MINUTOS, CON RECUPERACIÓN ESPONTÁNEA, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO POSTERIOR. ADICIONALMENTE, PRESENTA DIARREA DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN Y EPIGASTRALGIA DE MODERADA INTENSIDAD. AL MOMENTO PACIENTE ALERTA Y ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EPISODIO RECIENTE DE EXACERBACIÓN ASOCIADO A SÍNCOPE CON PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA	G439	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-08	09:04	Medicina Rural	CRUZ LUCIA VERDUGA SOLORZANO	1317707451	

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
2026-04-08	09:04	Medicina Rural	CRUZ LUCIA VERDUGA SOLORZANO	1317707451	

