

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	LOPEZ	MARIA MAGDALENA	17	01	1988	37 años, 5 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313013797	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE SUCRE y SN	098-261-9206 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1313013797	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	07	01
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 FEMENINO DE 37 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR CONTROL MEDICO. APP: DIABETES MELLITUS METFORMINA 100 MG ANTECEDENTE CANCER DE UTERO. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: HISTERECTOMIA. APF: MADRE HIPERTENSION ARTERIAL. PACIENTE MENCIONA FALTA DE SENSIBILIDAD EN PORCION EXTERNA DE GLUTEO DERECHO A PARTIR DE HISTERECTOMIA REALIZADA HACE TRES AÑOS APROXIMADAMENTE, ACUDE A LA UNIDAD OPERATIVA CON CEFALEA DE ALTA INTENSIDAD QUE NO CEDE A LA MEDICACION REFIERE ADEMAS FOTOFOBIA, NAUSEAS, VOMITOS Y SENSACION DE HORMIGUEO EN EL LADO DERECHO DEL ROSTRO. SE APLICA KETEROLACO DE 60 MG Y METOCLOPRAMIDA IV. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA NI URINARIA. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA. SE SOLICITA ESTUDIO DE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE CERE BRO Y EVALUACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEFALEA	R51X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-01	15:00	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2025-07-01	15:00	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

