



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP	001414	San Bartolo	CS	1316912193							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Ponce	Velez	Nicolle	Sthefania	M	18-06-1996	29	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
0989282079			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.								
			2. Falta de espacio físico.								
			3. Falta de equipamiento.								
			4. Equipos en mal estado.								
			5. Problemas de infraestructura.								
			6. Problemas de abastecimiento.								
			7. Insuficiencia de profesionales.								
			8. Inadecuada capacidad resolutive								
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1302	130250									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Neurologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD- APP DE MIGRAÑA- NIEGA ALERGIAS- APQX COLECISTECTOMIA- ACUDE A CONSULTA POR REFERIR CUADRO CLINICO DE 4 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO PORCEFALEA HEMICRANEANA IZQUIERDA TIPO PULSATIL- QUE SE ACOMPAÑA DE NAUSEAS QUE NO LLEGAN AL VOMITO- ASI COMO MAREO- QUE AL PRINCIPIO ALIVIABA CON LA INGESTA DE ANALGESICOSPERO AHORA NO RESPONDE CORRECTAMENTE A AINES ORALES POR LO QUE EN MULTIPLES OCASIONES REQUIERE ADMINISTRACION IV DE LOS MISMOS- SEGUN PACIENTE CEFALEA HA AUMENTADODE INTENSIDAD Y DURACION- REFIERE QUE CEFALEA APARECE DIARIO- NO CESA COMPLETAMENTE- MANTENIENDO CON FOTOFobia Y FONOFobia. MENCIONA QUE DESDE HACE 1 AÑO AUMENTAINTENSIDAD DOLORES EVA 10/10- FRECUENCIA DIARIA +EPISODIOS DE TAQUICARDIA- DOLOR TORACICO Y DIFICULTAD RESPIRATORIA OCASIONAL. REFIERE QUE SE LE HA INDICADO TOPIRAMATO25MG DURANTE 6 MESES CON MEJ ORIA PERO SUSPENDIERON POR RIESGO DE EFECTOS ADVERSOS- POSTERIORMENTE INDICARON ACIDO VALPROICO HASTA HACE 2 MESES LO CUAL EMPEOROCUADRO Y PACIENTE INICIA CON TEMBLOR DE MANO IZQUIERDA- RAZONES POR LAS QUE REFIERE A ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
LABORATORIO DEL 01/05/25 HB 13.6- HTO 39.4- VCM 79- PLAQUETAS 313- GLOBULOS BLANCOS 5.53- LINFOCITOS 40%- NEUTROFILOS 47.4%. PA 127/83 MMHG

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Otras Migrañas		G438		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-16	01:22	Brissa	Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1312068727				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA			SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA			SI	NO		

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	