

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	Materno Infantil Carlos Morales Locke	CS	1315950012	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Lopez	Mendoza	Marcelo	Eliel	H	11-03-2010	15	H	D	M	A
										X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0960654950

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA

CANTÓN

PARROQUIA

13

1307

130750

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN MOTIVO

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

X

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 FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD- CON APP DE HTA BAJO TTO (LOSARTAN 100MG QD)- MIGRAÑA CON AURA BAJO TTO SINTOMATICO Y PREVENTIVO. ACUDE A CONSULTA DECONTROL Y SEGUIMIENTO- MENCIONA QUE PRESENTO DESDE HACE 2 SEMANAS CEFALEA INTENSIDAD GENERALIZADA O LOCALIZA EN HEMICRANEO IZQUIERDO- CON PICOS DURANTE EL DIA PRECEDIDA DE MALESTAR GENERAL- FATIGA Y ACOMPAÑADA DE NAUSEAS- VOMITOS- FOTOFOBIA- SENSIBILIDAD AL RUIDO- QUE NO RESUELVE CON EL USO DE TTO VIA ORAL DEBIENDOINGRESAR AL HOSPITAL DEL SEGURO DE CHONE- DONDE REALIZARON TAC SIN ORGANICIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD- CON APP DE HTA BAJO TTO (LOSARTAN 100MG QD)- MIGRAÑA CON AURA BAJO TTO SINTOMATICO Y PREVENTIVO. ACUDE A CONSULTA DECONTROL Y SEGUIMIENTO- MENCIONA QUE PRESENTO DESDE HACE 2 SEMANAS CEFALEA INTENSIDAD GENERALIZADA O LOCALIZA EN HEMICRANEO IZQUIERDO- CON PICOS DURANTE EL DIA PRECEDIDA DE MALESTAR GENERAL- FATIGA Y ACOMPAÑADA DE NAUSEAS- VOMITOS- FOTOFOBIA- SENSIBILIDAD AL RUIDO- QUE NO RESUELVE CON EL USO DE TTO VIA ORAL DEBIENDOINGRESAR AL HOSPITAL DEL SEGURO DE CHONE- DONDE REALIZARON TAC SIN ORGANICIDAD.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Migraña Con Aura [Migraña Clasica]	G431	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-31	04:01	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	