



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	Canuto		CS	1314897271					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Lopez		Estacio		Mariuxi		Auxiliadora		M	05-03-2001	24	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN					
097-879-0435				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
CANTÓN				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
PARROQUIA				5. Problemas de infraestructura.							
13				1303		130352					

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 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE MAS MENOS UN AÑO DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLORS INTENSOS INTERMITENTES DE CABEZA QUE NO SEDEN CON LA MEDICACIÓN HABITUAL. INDICA QUE SIENTE UNA PESADEZ ANTES DE QUE SE PRESENTE EL DOLOR. APP: NO REFIERE APF: NO REFIERE APQ: NO REFIERE ALERGIA: NO REFIERE. TRAE TOMOGRAFIA PERO NO SE PUEDE LEER EN LAS COMPUTADORAS DE LA UNIDAD. LA CUAL SE REALIZO EN EL HOSPITAL NAPOLEON POR EMERGENCIA POR LOS RECURRENTES CASOS QUE CEFALÉAS QUE PRESENTA LA PACIENTE PERO SEGUN INDICA LA PACIENTE NADIE SE LA REVISO EN EL HOSPITAL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
TOMOGRAFIA: PENDIENTE REVISIÓN POR FALTA DE EQUIPO EN LA UNIDAD

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
2025-05-28	02:17	Diana		Delgado	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1351725732					

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	