



| 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                    | Centro De Salud Tipo C Tosagua | CS-C                                                    | 1316124179                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO          | PRIMER NOMBRE                  | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Velasquez                                                   | Pin                       | Yolanda                        | Concepcion                                              | M                                  | 03-01-1995       | 30   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                           | REFERENCIA                     |                                                         | DERIVACIÓN                         |                  |      |                         |   |   |   |
| 0962724629                                                  |                           | X                              |                                                         |                                    |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                           | 1. Accesibilidad geográfica.   |                                                         | 6. Problemas de abastecimiento.    |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   |                           | 2. Falta de espacio físico.    |                                                         | 7. Insuficiencia de profesionales. |                  |      |                         |   |   |   |
| CANTÓN                                                      | 3. Falta de equipamiento. |                                | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                    |                  |      |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                                                   | 4. Equipos en mal estado. |                                | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                    |                  |      |                         |   |   |   |
| 13                                                          | 1315                      | 131550                         | 5. Problemas de infraestructura.                        | 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 30 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE AL AREA DE SALUD PARA CONTROL DE RUTINA AL MOMENTO REFIERE CEFALEA TIPO MIGRAÑOSA QUE NO SEDE CON ANALGÉSICOS VÍA ORALPOR LO CUAL SE APLICA VÍA INTRAVENOSA. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA. SE DA TRATAMIENTO SINTOMATICO. PACIENTE MANIFESATA QUE A PESAR DETENER TRATAMIENTO PARA LA CEFALEA NO CEDE. REFIEREO PARA VALORACIÓN POR NEUROLOGIA.- AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| NINGUNO                                                           |

| E. DIAGNÓSTICO |                                  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|----------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Migraña Sin Aura [Migraña Comun] |                                    | G430 | X   |     | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                  |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                  |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-11-10                            | 08:37        | Yandry        | Macias          | Lucas            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1310671951                            |              |               |                 |                  |

| 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |