



| 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           | Hospital Basico De Flavio Alfaro - San Andres |                                  | HB        | 1317640165                                              |  |      |                   |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                                               | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Zambrano                                                    |  | Dueñas           |                                               | Hillary                          |           | Paola                                                   |  | M    | 01-03-2011        | 15   | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                                               |                                  |           |                                                         |  |      |                   |      | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                                               | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                                              |  |      |                   |      |                         |
| 0997726716                                                  |  |                  |                                               | 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                             |           | 130301                                                  |  |      |                   |      |                         |

| 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 15 AÑOS DE EDAD SIN APP PERSONALES PACIENTE QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION - CARACTERIZADO POR CEFALEA INTENSA - FOTOFOBIA- NAUSEAS QUE LLEVAN AL VOMITO - MAS DIFICULTAD PARA LA CONCENTRACION - ADEMÁS REFIERE MAREO - SENSACION DE HORMIGUEO EN HEMICARA IZQUIERDA-ADEMÁS REFIERE ESPORADICAMENTE DOLOR INTENSO TIPO PULSATIL EN REGION TEMPORO FRONTAL QUE EN UNOS MINUTOS DESAPARECE QUE NO SEDE A MEDICACION CONVENCIONAL LA CUAL SE HA VENIDO AGUDISANDO |

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

| E. DIAGNÓSTICO |                                    | PRE= PRESUNTIVO<br>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 |
| 2026-03-16                            | 11:50        |               |  |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
|                                       |              |               |  |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |