



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	Quiroga		CS-A	1306978808					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Moreira		Pinargote		Nely		Aracelys		M	26-07-1969	56	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN					
0967468427				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive	
13				1302		130252		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
				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- CON APP DE HTA PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG VO QD- CLORTALIDONA 50MG VO QD- AMLODIPINO 5MG VO QD- ASA 100MG VO QD Y PARALISIS FACIAL. CONTINUA CON CEFALEA DE SEVERA INTENSIDAD LOCALIZADA EN REGIÓN PARIETO-OCCIPITAL BILATERAL QUE APARECE DE FORMA ABRUPTA Y CEDE LEVEMENTE CON AINES Y ANALGESICOS- NO SE MODIFICA CON EXPOSICION AL RUIDO Y LUZ- SE MANTIENE EN CONTROL POR SERVICIO DE NEUROLOGIA											

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS											
PACIENTE- CON APP DE HTA PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG VO QD- CLORTALIDONA 50MG VO QD- AMLODIPINO 5MG VO QD- ASA 100MG VO QD Y PARALISIS FACIAL. CONTINUA CON CEFALEA DE SEVERA INTENSIDAD LOCALIZADA EN REGIÓN PARIETO-OCCIPITAL BILATERAL QUE APARECE DE FORMA ABRUPTA Y CEDE LEVEMENTE CON AINES Y ANALGESICOS- NO SE MODIFICA CON EXPOSICION AL RUIDO Y LUZ- SE MANTIENE EN CONTROL POR SERVICIO DE NEUROLOGIA											

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF							CIE	PRE	DEF	
1.	Otros Síndromes De Cefalea Especificados		G448		X	4.									
2.						5.									
3.						6.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-06	02:12	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	