



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	Nause	CS-A	1313563650								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Cedeño	Cusme	Silvana	Dolores	M	30-06-1998	27	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
0000000000000000		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	1303	130302	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
			5. Problemas de infraestructura.									

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 27 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE CEFALEA CRÓNICA DE APROXIMADAMENTE 7 MESES DE EVOLUCIÓN- DE INICIO PROGRESIVO Y CURSO PERSISTENTE. REFIERE QUE HA RECIBIDO TRATAMIENTO ANALGÉSICO Y MANEJO PREVIO PARA MIGRAÑA EN DIFERENTES ATENCIONES MÉDICAS- SIN MEJORA CLÍNICA SOSTENIDA. ACTUALMENTE PRESENTA DOLOR DE CABEZA DE LOCALIZACIÓN BILATERAL- DE INTENSIDAD VARIABLE- ASOCIADO A SENSACIÓN DE PARESTESIAS (HORMIGUEO) EN REGIÓN CEFÁLICA Y CUELLO- SIN RESPUESTA ADECUADA A MEDICACIÓN HABITUAL. REFIERE IMPACTO FUNCIONAL Y PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA A PESAR DE TRATAMIENTO. LA PACIENTE MANIFIESTA MÚLTIPLES CONSULTAS PREVIAS POR LA MISMA CONDICIÓN SIN RESOLUCIÓN- POR LO QUE SE CONSIDERA CUADRO DE CEFALIA CRÓNICA REFRACTARIA A MANEJO INICIAL. POR LA CRONICIDAD- PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS Y PRESENCIA DE MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS ASOCIADAS- SE SUGIERE EVALUACIÓN POR NEUROLOGÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO- DESCARTE DE CAUSAS SECUNDARIAS Y AJUSTE TERAPÉUTICO ESPECIALIZADO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
CEFALIA DESDE HACE 7 MESES DE EVOLUCION NO CEDE CON ANALGESICOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Cefalea Vascular Ncop		G441	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-12	09:18	Jahaira	Ponce	Lopez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1351700222				

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	