



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-A	1314064286								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Zambrano	Mendoza	Denys	Geovanna	M	30-08-1996	29	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
096-824-1911 /		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1303	130350	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 29 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PERSISTENCIA DE CUADRO CLÍNICO NEUROLÓGICO APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN- CARACTERIZADO POR CEFALEA CONTINUA DE INSTALACIÓN PROGRESIVA- LOCALIZADA EN REGIÓN FRONTAL Y OCCIPITAL- TIPO OPRESIVA- DE MODERADA A INTENSA INTENSIDAD- ASOCIADA A SENSACIÓN DE PESADEZ FACIAL Y PARESTESIAS TIPO HORMIGUEO EN REGIÓN FACIAL Y AMBAS MANOS- CON ESCASA RESPUESTA A MANEJO ANALGÉSICO POR VÍA ORAL Y PARENTERAL. NIEGA TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO RECIENTE- FIEBRE- VÓMITOS PERSISTENTES- CONVULSIONES OPÉRDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA. REFIERE VALORACIÓN PREVIA POR NEUROLOGÍA- DONDE SE INDICÓ TOMOGRAFÍA DE CRÁNEO-LA CUAL NO PUDO REALIZARSE POR INDISPONIBILIDAD DEL EQUIPO- POR LO QUE ACUDE PARA NUEVA REFERENCIA Y CONTINUIDAD DE ESTUDIO. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA CONSCIENTE- ORIENTADA- AFEBRIL- HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE- SIN SIGNOS MENÍNGEOS NI FOCALIDAD NEUROLÓGICA MOTORA AGUDA EVIDENTE; SIN EMBARGO- POR CEFALEA PERSISTENTE DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA- PARESTESIAS ASOCIADAS Y ESCASA RESPUESTA A ANALGESIA- SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA PARA ESTUDIO- DIAGNÓSTICO Y MANEJO INTEGRAL- ASÍ COMO REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍA DE CRÁNEO SEGÚN CRITERIO DE ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA PARA ESTUDIO- DIAGNÓSTICO Y MANEJO INTEGRAL- ASÍ COMO REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍA DE CRÁNEO SEGÚN CRITERIO DE ESPECIALIDAD.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Migraña No Especificada	G439	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-07-01	02:39	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1314783083				

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. DIAGNÓSTICOPRE= 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		