

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RAMON	AMAYA	CLOTILDE DE JESUS	12	01	1955	71 años, 5 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0701621476	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	QUIÑONEZ y QUIÑONEZ UNO	093-932-3469 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0701621476	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	07	09
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

- Limitada capacidad resolutiva

☐
- Saturación capacidad instalada

☐
- Ausencia temporal del profesional

☐
- Otros/especifique:

☐
- Falta de profesional

☒

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ACUDE A SU CONTROL DE MORBILIDAD Y REVISION DE EXAMENES TODOS DENTRO DE LOS PARAMENTROS, REFIERE CEFALEA HEMICRANEAR DERECHA DE LARGA DATA, FOTOFOBIA, MALESTAR GENERAL, QUE NO MEJORA CON ANALGESICOS ORALES, POR LO QUE SE REFIERE A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD CON LA ESPECIALIDAD DE NEUROLOGIA PARA MEJOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACIDO LACTICO: Informe de resultados Examen Resultado Unidad V. Referencia Hematología BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.33 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 11.9 g/dL 12 - 14 Hematocrito 37.4 % 36 - 42 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 86.3 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 27.6 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 31.8 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 14.6 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 46.7 μm³ Plaquetas 162 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.18 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10.9 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 16.4 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 56 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 34.4 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 5.16 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 41.9 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 47.5 % 55 - 65 Monocitos (%) 6.3 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 3.6 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.7 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.15 10³/μL 1 - 4.4 Neutrofilos (#) 2.45 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.33 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.19 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.04 10³/μL 0 - 0.2 Método: CBC-IMI Automatizado Validado por: Lcda. Maria Cornejo Castillo Bioquímica Glucosa 94.04 mg/dL 70 - 110 Urea 41.23 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.71 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 3.3 mg/dl 2.4 - 6 Colesterol 186.81 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 114.95 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 22.57 U/L 0 - 31 TGP/ALT 16.63 U/L 0 - 32 Amilasa 63.96 U/L 28 - 100 Método: Fotometría Automatizada Antiestreptolisina (ASTO) Cuantitativo 22.03 UI/ml 0 - 200 FACTOR REUMATOIDEO Factor Reumatoideo 13.81 UI/mL 0 - 18 Método: Turbidimetría Automatica PCR Cuantitativo 0.01 mg/L 0 - 5 Método: Inmunofluorescencia Validado por: Lcda. Maria Cornejo Castillo Coproanálisis COPROPARASITARIO EXAMEN DIRECTO MACROSCOPICO Color Café Consistencia Blanda EXAMEN COPROPARASITARIO Parásitos No se observan parásitos Método: Microscopía Validado por: Lcda. Maria Cornejo Castillo Serología Eritrosedimentación Westergren 7.95 mm/hora 1 - 15 Método: Sedimentación Westergreen Helicobacter Pylori en Hece Negativo Sangre Oculta en Hece Negativo Método: Inmunocromatografía Validado por: Lcda. Danny Saldarriaga

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA	G439		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	10:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	10:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	