

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	DELGADO	MAYLIN DAYANNA	24	11	1997	27 años, 2 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0929122083	MANABI	PICHINCHA	SAN SEBASTIAN	SOLANO y	099-216-1855 /
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	0929122083	SAN SEBASTIAN	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D08 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	02	12
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 SEXO FEMENINO DE 27 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CEFALEA INTENSA, PULSATIL DE LOCALIZACIÓN HEMICRANEANA DERECHA, DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, QUE NO CEDE AL TRATAMIENTO CON ANALGÉSICOS ORALES, Y EN OCASIONES NI CON ANALGÉSICOS ENDOVENOSOS, AL PRINCIPIO SE DESENCADENABA EN SITUACIONES DE ESTRÉS AHORA ESTANDO EN REPOSO, SE ACOMPAÑA DE FOTOFOBIA, VÉRTIGO, NAUSEAS, ACUFENOS Y DECAIMIENTO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES A REALIZAR

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-12	14:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	

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
2025-02-12	14:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	