

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CEDEÑO	MELANY NAYELY	07	09	2003	22 años, 10 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0950707802	MANABI	CHONE	RICAU RTE	LA ESTRELLA y	098-606-3332 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0950707802	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	07	13
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 FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CEFALEA DE CARÁCTER RECURRENTE, ACOMPAÑADA DE EPISODIOS DE MAREO Y VISIÓN BORROSA OCASIONAL Y LE MOLESTA LA LUZ EN OCASIONES. REFIERE QUE LOS SÍNTOMAS HAN PERSISTIDO EN EL TIEMPO, CON ESCASA MEJORÍA AL AUTOMEDICARSE CON PARACETAMOL. COMO ANTECEDENTE PATOLÓGICO DE IMPORTANCIA, MANIFIESTA HABER SIDO VALORADA Y TRATADA PREVIAMENTE POR EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA PARTICULAR CON DIAGNÓSTICO DE MIGRAÑA; SIN EMBARGO, ABANDONÓ EL TRATAMIENTO DEBIDO A SU EMBARAZO Y DESDE ENTONCES NO HA RETOMADO EL CONTROL ESPECIALIZADO. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL EVIDENTE, PUPILAS ISOCÓRICAS Y FOTORREACTIVAS, FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADAS EN LAS CUATRO EXTREMIDADES. DEBIDO AL ANTECEDENTE DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y A LA RECURRENCIA DE LOS SÍNTOMAS MIGRAÑOSOS, SE EMITE REFERENCIA AL SERVICIO DE NEUROLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, REEVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y REINICIO O AJUSTE DEL TRATAMIENTO SEGÚN CORRESPONDA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR DE CABEZA FRECUENTE DE INTENSIDAD 8/10, MAREO Y VISIÓN BORROSA OCASIONAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-13	10:39	Medicina Rural	ADRIANA ROMINA ZAMBRANO MOREIRA	1315795227	

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
2026-07-13	10:39	Medicina Rural	ADRIANA ROMINA ZAMBRANO MOREIRA	1315795227	

