

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		1	1303244352		1303244352							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
OLMEDO		VELIZ		FRANCISCO		AMABLE		M	06/01/1959	65	H	D	M	A	
															X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO							
986442326				X				6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				8. Inadecuada capacidad resolutive							
Manabi		Flavio Alfaro		Flavio Alfaro				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
								X							
								X							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		Hospital Napoleón Dávila Cordova		Consulta externa		Neurología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente Masculino de 65 años de edad. App: De Cefalea con Migraña y HTA. Acude por emergencia por presentar cuadro de cefalea holocraneana de tipo no especificada. Dolor que no ceden a medicación antiinflamatoria y analgésica motivo por el cual consulta. Al examen Físico Afebril cuello SP no Adenopatías. Tórax Sp simétrico Csp Ventilados y Claros RsCs Rítmicos y normales Abdomen Blando y depresible no megalias o masas, no doloroso Ruidos Hidroaeros Audibles. extremidades simétricas Sp sin deformidad o masas palpables. signos vitales Presión 134/80 pulso 85 T36.8° Sat97% resp 17x GLASGOW 15/15. Se requiere Valoración por Neurología.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Tac de cerebro
valoración por neurólogo
estudios complementarios adicionales

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. MIGRAÑA SIN AURA	G430	X		4. MIGRAÑA SIN AURA	G430	X
2.				5.		
3.				6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
04/02/2025	12:00	Rómulo	Muñoz	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1312022369		Dr Rómulo Muñoz Medicina General		



ROMULO ARGENIS MUNOZ MOREIRA

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