

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	BERMEO	NEIDA HOLANDA	11	06	1961	63 años, 7 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	1304119223	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LA ESMERALDA y A	099-331-5928 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo				Distrito/Area
MSP	1304119223	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	02	07
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 DE 63 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO II, PRESENTA CEFALEA GENRALIZADA TIPO PULSATIL, INTENSIDAD DE MODERADO A FUERTE EN HORARIO POR LAS MAÑANAS DURAN DOS A 3 HORAS , IRRADIADO AL CUELLO, ACOMPAÑADO DE NAUSEAS QUE LLEGAN AL VÓMITO, MAREOS, VISION DISTORSIONADAS, SE EXACERBA CON LOS RUIDOS, Y CON LUZ INTENSA EVOLUCIÓN 6 MESES, APROXIMADAMENTE, TOMABA PARACETAMOL DE 1 GRAMO VO PARA ALIVIAR EL DOLOR, EN ESTOS 2 ULTIMOS MESES NO LE HACE EFECTO, DISMINUYE LEVEMENTE CON ZALDIAR (TRAMADOL+PARACETAMOL) COMPRIMIDOS V.O Y REPOSO ABSOLUTO, NIEGA CAIDAS . NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD. AL MOMENTO AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES PENDIENTES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-07	19:50	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO

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
2025-02-07	19:50	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

