

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   |       |

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   |       |

