

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARCILLO	SANTANA	GLENDIA ESPERANZA	29	04	1961	64 años, 7 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304398918	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVENIDA MARCOS ARAY DUEÑAS y	099-258-5703 /
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	1304398918	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	Neurologia		2025	12	24
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 CON DOLOR DE CABEZA DE DOS MESES DE EVOLUACION. VA ACOMAÑADO CON MAREO NAUSEAS, PARESTESIA DE BRAZO IZQUIERDO. PACIENTE SE APLICA HIELO PARA MEJORAR CEFALEA TOMA PARACETAMOL PARA DISMINUIR DOLOR PERO NO CALMA, TIENE PROBLEMAS DE INSOMNIO PERO NO A TENIDO TTO. REFIERE QUE ALGUNAS VECES ESTE DOLOR DE CABEZA INTERFIERE CON EL SUEÑO. APF MAMA CON CEFALEA Y PAPA IAM... APP HTA LOSARTAN 50 MG Y EN LA TARDE CARVEDILOL DE 6.25... R...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE SE ENVIA A SU ANALISIS...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA COMPLICADA	G433		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-24	09:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-24	09:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

