

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	BARRE	CARMEN JOSEFA	21	12	1943	82 años, 2 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	1304495565	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	POR EL ANTIGUO COLEGIO y	098-930-9797 /
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	1304495565	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	02	27
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 ☐

Falta de profesional ☐

Otros/especifique: ☒

CEFALEA MODERADA A GRAN INTENSIDAD, QUE SUELE ACOMPAÑARSE DE VOMITOS CON TRATAMIENTO CON NEUROLOGIA

3. Resumen del cuadro clinico

FEMENINA DE 82 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE MIGRAÑA CON TTO. ACUDE ACOMPAÑADA DE SU HIJA PARA SOLICITAR REFERENCIA PARA NEUROLOGIA. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR CEFALEA MODERADA A GRAN INTENSIDAD, QUE SUELE ACOMPAÑARSE DE VOMITOS CON TRATAMIENTO CON NEUROLOGIA. TLF. 0968886962// 0988581499

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CEFALEA MODERADA A GRAN INTENSIDAD, QUE SUELE ACOMPAÑARSE DE VOMITOS CON TRATAMIENTO CON NEUROLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA CON AURA [MIGRAÑA CLASICA]	G431		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-27	14:52	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-02-27	14:52	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

