

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	CEDENO	FATIMA CONCEPCION		28	10	1966	59 años, 0 meses, 10 días	Mujer
				día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304041168	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO CAMARONES y SN	022-027-3050 /	
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. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área		
MSP	1304041168	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	11 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 FEMENINA DE 59 AÑOS DE EDAD, AFILIADA AL SEGURO CAMPESINO, ACUDE POR PRESENTAR CEFALEA INTENSA DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, DE LOCALIZACIÓN HOLOCRANEANA, ACOMPAÑADA DE PARESTESIAS Y SENSACIÓN DE ADORMECIMIENTO EN HEMICUERPO IZQUIERDO. NIEGA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, VÓMITO O ALTERACIONES VISUALES. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS MENINGEOS. SE ENCUENTRA ORIENTADA, CON LENGUAJE COHERENTE Y SIGNOS VITALES DENTRO DE LÍMITES NORMALES. POR LOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS REFERIDOS, REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA PARA DESCARTAR POSIBLE COMPROMISO DE ORIGEN CENTRAL. CUENTA CON ORDEN MÉDICA PARA REALIZACIÓN DE TAC DE CABEZA Y CEREBRO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EVALUACIÓN POR EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA PARA ESTUDIO Y MANEJO DE CEFALEA ACOMPAÑADA DE PARESTESIAS EN HEMICUERPO IZQUIERDO. SEGÚN ORDEN EMITIDA POR NEURÓLOGA EN CONSULTA EXTERNA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTROS SÍNDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS		G448	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-07	08:50	Medicina Rural	KERLLY MARIA DELGADO RAMIREZ	1313682682	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes
				año	

2. Resumen del cuadro clínico

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
2025-11-07	08:50	Medicina Rural	KERLLY MARIA DELGADO RAMIREZ	1313682682	