

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VERA	LICENIA MARILIN	04	03	1966	59 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	1304712464	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLEJÓN RUMIÑAHUI y CALLEJON RUMIÑAHUI	099-493-2881 / (05)-269-7108
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	1304712464	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	10	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENIANA DE 59 AÑOS ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CEFALEA DE TIPO PULSATIL, 10/10 EN LA ESCALA DE EVA, SE ACOMPAÑA DE FOTOFOBIA, FONOFOBIA, NAUCES QUE LLEGAN AL VOMITO Y QUE EMPEORA AL REALIZAR ACTIVIDADES, INDICA FRECUENCIA DE 4 A 5 DIAS A LA SEMANA CUADROS. PACIENTE REFIERE REFRACTARIEDAD A TRATAMIENTO CON AINES, TRIPTANES, TOPIROMATO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REFRACTATIEDAD A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA SIN AURA [MIGRAÑA COMUN]	G430		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-29	08:03	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

Firmado electrónicamente por:
MAURO ALBERTO
ZAMBRANO BRAVO

Validar únicamente con FirmaBO

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 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
2025-10-29	08:03	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	