

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	CARRANZA	RAMON ANTONIO	31	08	1962	63 años, 3 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304755935	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA TOSAGUA y	098-514-7750 /
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	1304755935	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	12	08
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

ADULTO MEDIO CON DIAGNOSTICO DE VERTIGO + MIGRAÑA EN CONTROL CON NEUROLOGIA TRIMESTRAL EN EL CUAL LE PRESCRIBE MEDICACION ACIDO VALPROICO 250 M/ ML 5 ML CADA 12 HORAS, PACIENTE REFIERE QUE LNO CONSUME MEDICACIÓN ANTES DESCRITA (POR MOTIVO DE SER DULCE Y LE DUELE LA BARRIGA) PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR DE TIPO PUNZANTE LOCALIZADO EN REGION OCCIPITAL DERECHO CON IRRADIACION A REGION PARIETAL Y REGION OCULAR DERECHO, DOLOR ES PERSISTENTE Y DISMINUYE CON EL CONSUMO DE MEDICACION (BUPREX MIGRA) EN OCASIONES SE ACOMPAÑA CON NAUSEAS QUE NO LLEGAN AL VOMITO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA		G439		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-08	09:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-12-08	09:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	